

# ÍNDICE

	Pág.
1 – INTRODUÇÃO .....	10
2- ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	16
2.1 – Cuidar da pessoa idosa .....	19
2.1.1 – Cuidados à boca: estratégia de conforto .....	26
3 – RELATO DAS APRENDIZAGENS SEGUNDO OS CONTEXTOS SELECIONADOS .....	34
3.1 – Unidade de Cuidados Paliativos .....	36
3.2 – Unidade de Cuidados Continuados na comunidade .....	43
3.3 – Unidade de Cuidados Continuados em Almada .....	48
4 – REFLEXÃO SOBRE AS APRENDIZAGENS .....	58
5 - LIMITAÇÕES AO TRABALHO .....	63
6 – CONCLUSÃO .....	64
7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	67
APÊNDICES E ANEXOS .....	82
APÊNDICE I – CRONOGRAMA	
APÊNDICE II – ESTRATÉGIA DE PESQUISA PARA A REVISÃO DA LITERATURA	
APÊNDICE III - GUIA DE INTERVENÇÕES POR SCORE NA APLICAÇÃO DE OAG (ORAL ACESSMENT GUIDE)	
APÊNDICE IV – UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS NA COMUNIDADE: ESTUDO DE CASO	
APÊNDICE V – APRESENTAÇÃO DO PROJECTO NA UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS EM ALMADA	

APÊNDICE VI – UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS EM  
ALMADA: ESTUDO DE CASO I

APÊNDICE VII – UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS EM  
ALMADA: ESTUDO DE CASO II

APÊNDICE VIII - ANÁLISE DOS REGISTOS DA UNIDADE DE CUIDADOS  
CONTINUADOS EM ALMADA EM “CUIDADOS À BOCA”

ANEXO I – CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS

ANEXO II – CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS  
CONTINUADOS NA COMUNIDADE

ANEXO III – INDICADORES DE DESEMPENHO DA UNIDADE DE  
CUIDADOS CONTINUADOS EM ALMADA

ANEXO IV - ORAL ASSESSMENT GUIDE (OAG)

## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

AACN – American Association of Colleges of Nursing

ACS – Alto Comissariado Saúde

AIVD – Actividades Instrumentais de Vida Diária

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVDs – Actividades de Vida Diárias

DGS – Direcção Geral de Saúde

ECL – Equipa Coordenadora Local

ELA – Esclerose Lateral Amiotrófica

EM – Esclerose Múltipla

EPUAP – European Pressure Ulcer Advisory Panel

NHS – National Health System

NPUAP - National Pressure Ulcer Advisory Panel

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONSA – Observatório Nacional de Saúde

PÁG. - Página

PC – Prestador de Cuidados

PNCP – Programa Nacional de Cuidados Paliativos

PNIIIDSREV - Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre determinantes da Saúde

Relacionados com os Estilos de Vida

PNSPI – Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SECPAL – Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos

UMCCI - Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

UP – Úlcera de Pressão

VD – Visita domiciliária

WHO – World Health Organization

## 1 – INTRODUÇÃO

A população idosa portuguesa mais que duplicou nos últimos quarenta anos e o ritmo de crescimento desta faixa da população é mais acelerado do que o da população total, sobretudo nas idades mais avançadas (INE, 1999),<sup>1</sup> que em 2009 representava cerca de 17,9% da população (sendo o grupo acima dos 75 anos 25% destes) (Carrilho, 2010)<sup>2</sup>.

O envelhecimento é um processo individual e colectivo dependente de inter-relações biológicas, físicas, químicas e de carácter psíquico, cultural e social (Osório, 2007), em que a forma como a pessoa viveu e se adaptou aos vários acontecimentos de vida é determinante. Assim, para entender o envelhecimento, é necessária uma compreensão dos múltiplos factores que o influenciam e o reconhecimento de que os resultados são característicos a cada indivíduo (Eliopoulos, 2005).

É possível envelhecer sem doença, mas cerca de 80% dos idosos apresentam pelo menos uma doença crónica, sendo as mais frequentes a artrite, hipertensão, problemas auditivos, problemas cardíacos, problemas visuais, problemas ortopédicos e diabetes (Eliopoulos, 2005). A susceptibilidade à doença é o reflexo da diminuição da capacidade de adaptação do organismo às alterações do meio ambiente, traduzida na diminuição da capacidade funcional (Berger, 1995), pelo que os últimos anos de vida podem ser acompanhados de situações de fragilidade e de incapacidade (PNSPI, 2004).

Esta realidade é descrita por Collière (2001:178) como “com o passar dos anos, a capacidade de se autocuidar diminui e surge a necessidade de recorrer à família, aos próximos e aos prestadores de cuidados, para ser cuidado, vigiar ou manter capacidades existentes e diminuir a aceleração de perdas sensorio-motoras e psicoafectivas”.

As doenças crónicas são responsáveis por situações de incapacidade, muitas vezes permanente, e perda de qualidade de vida<sup>3</sup>. É necessário que a intervenção nestas incapacidades se faça de acordo com as necessidades individuais e familiares, envolvendo a

---

<sup>1</sup> INE – Gerações mais idosas, Série de Estudos Nº. 83, 1999

<sup>2</sup> Revista de Estudos Demográficos nº 48, 2010

<sup>3</sup> DGS - Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida, 2004

comunidade, potenciando os recursos existentes e dinamizando acções próximas dos cidadãos (PNSPI, 2004).

No entanto, a organização e funcionamento dos serviços de saúde, vocacionados para o tratamento de doença, não estão adaptados às actuais necessidades da população idosa (PNSPI, 2004), sendo necessárias respostas que apoiem no domicílio os idosos e famílias que necessitam de cuidados específicos induzidos pelo envelhecimento e suas dependências (INE, 1999).

No contexto da patologia crónica que afecta as pessoas idosas, não são, habitualmente, valorizados os problemas de saúde oral, que têm influência no seu isolamento, estado nutricional e equilíbrio bio-psico-social (PNSPI, 2004). A evidência atualmente disponível refere que a existência prévia de doenças crónicas, como a diabetes, tem relação directa com o estado da saúde oral (WHO, 2006)<sup>4</sup>. Esta realidade assume grande peso em Portugal visto mais de um quarto da população entre os 60-79 anos ter Diabetes (DGS, 2012)<sup>5</sup>, e o estado da cavidade oral influenciar a capacidade de nutrição e alimentação nos idosos (WHO, 2006). A boca desempenha um papel fundamental na expressão do ser humano, seja ela verbal ou não verbal (o beijo, o sorriso, ou o choro) e a existência de sintomas que provoquem desconforto são angustiantes e diminuem a capacidade de conceber esperança nas pessoas em fim de vida (Chochinov, 2006).

Uma das intervenções dos enfermeiros é a promoção da comunicação expressiva de emoções, ou em linguagem classificada, “facilitar a capacidade para comunicar sentimentos” (OE, 2010)<sup>6</sup> pelo que o cuidar da boca das pessoas a seu cuidado é uma necessidade para promoção de conforto e melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas.

No caso do envelhecimento os cuidados mais necessários são os cuidados de compensação, manutenção, estimulação, conforto, parecer e apaziguamento (Collière, 2001), que ajudam a existir e a ultrapassar o sofrimento. Os cuidados à boca surgem na intersecção destes cuidados diminuindo o desconforto, facilitando a comunicação, diminuindo o isolamento e melhorando a autoestima.

A pesquisa bibliográfica realizada revela que uma inadequada higiene oral potencia inúmeros problemas que vão do desconforto, a maior propensão para infecções e à diminuição de qualidade de vida (Weidlich, 2008; Stout, 2009; Saini, 2009). Revelou ainda que os cuidados

---

<sup>4</sup> WHO - Oral health in ageing societies: integration of oral health and general health, 2006

<sup>5</sup> DGS - Diabetes: Factos e Números 2011, relatório Anual do Observatório Nacional de Diabetes

<sup>6</sup> OE- Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, 2010

à boca são intervenções que traduzem bons cuidados de enfermagem (Southern, 2007; Paulsson, 2008; Harris, 2008; Stout, 2009; Saini, 2009) mas são frequentemente negligenciados (Paulsson, 2008).

A doença crónica em fase avançada comporta um conjunto de sintomas e atitudes, decorrentes da irreversibilidade da mesma, que podem ser comparáveis aos do cancro (Davies, 2004)<sup>7</sup>, pelo que é de extrema importância que todas as pessoas com doenças crónicas sem resposta à terapêutica de intuito curativo e com prognóstico de vida limitado, sejam candidatas a Cuidados Paliativos. O proposto pelo movimento internacional dos cuidados paliativos, preconiza uma atitude de total empenho na valorização do sofrimento e da qualidade de vida, como objecto de tratamento e de cuidados activos e organizados que requerem apoio qualificado.

Os cuidados que as pessoas necessitam na fase mais avançada da vida passam pelo conforto e melhor qualidade de vida possível, integrando-os no seu ambiente natural. A evidência demonstra que as necessidades sentidas e referidas pelos idosos se relacionam com a comunicação, informação e apoio, valorizando informações precisas (Davies, 2004)<sup>8</sup>. Grande parte das pessoas idosas vive no domicílio, pelo que é expectável que os cuidados que venham a necessitar sejam prestados nesse contexto e vários são os autores que afirmam que as pessoas preferem ser cuidadas e morrer em casa (Davies, 2004; Klinkenberg, 2005 e Pellett, 2009).

A Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (REPE, 1998). Para Collière (1999:236) “Cuidar é um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais – isto sucede em todas as circunstâncias em que a insuficiência, a diminuição, a perda de autonomia se alia à idade”. Assim os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue, operacionalizam-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa, ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas e caracterizam-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades, ajudando a pessoa a gerir os recursos da comunidade em

---

<sup>7</sup> The solid facts - Palliative care, WHO Europe, 2004

<sup>8</sup> What are the palliative care needs of older people and how might they be met?, WHO Europe, 2004

matéria de saúde e promovem a aprendizagem sobre a forma de aumentar o repertório dos recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com os desafios de saúde (OE, 2001)<sup>9</sup>. Mas os desenvolvimentos técnicos e científicos na área da saúde nos últimos anos e as evidências produzidas implicam uma actualização constante que só pode ser acompanhada se existirem áreas específicas de actuação do enfermeiro que realcem e respondam à satisfação dos problemas dos clientes numa prática baseada na investigação mas individualizada.

Assim, e de acordo com o Regulamento n.º 122/2011 (p.8649) o enfermeiro especialista é o enfermeiro “com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado”. Estas competências traduzem-se na prática clínica pelo elevado grau de adequação dos cuidados que presta às necessidades de saúde das pessoas que os recebem.

No caso da Enfermagem à pessoa idosa estas competências dirigem-se aos processos de saúde/doença do idoso com vista à promoção da sua saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional, reinserção social e apoio no fim de vida.

Este relatório tem como finalidade demonstrar a aquisição de competências de enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área específica de intervenção de Enfermagem à Pessoa Idosa, adquiridas e postas em prática ao longo o 3º semestre, no estágio realizado numa Unidade de Cuidados Paliativos e duas Unidades de Cuidados Continuados de acordo com o perfil de competências do enfermeiro especialista definidos no documento orientador do curso, o perfil de competências comuns (regulamento 122/2011) e específicas (regulamentos 124 a 129/2011) emanadas pela Ordem dos Enfermeiros e as competências definidas pela AACN para o enfermeiro especialista da pessoa adulta e idosa.

A metodologia escolhida para aquisição de competências de enfermeira especialista à pessoa idosa, foi fundamentalmente a área da prática clínica na prestação de cuidados à pessoa idosa em fim de vida em contexto domiciliário, abordando em profundidade o aspeto dos cuidados à boca como estratégia de conforto. As áreas da formação e gestão foram mobilizadas na sensibilização/motivação de uma equipa de enfermeiros de cuidados domiciliários para a problemática referida, através da inclusão na sua prática da avaliação da cavidade oral e a realização de intervenções individualizadas relacionadas com os cuidados à boca. A

---

<sup>9</sup> OE - Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem

mobilização da investigação operacionalizou-se na fundamentação dos cuidados tendo por base a evidência científica. A escolha dos locais de estágio alicerçou-se no conhecimento prévio de serem locais de referência no acompanhamento de pessoas idosas com situações de saúde complexas e em fim de vida.

O objectivo geral traçado para o estágio na Unidade de Cuidados Paliativos foi:

- ❖ Desenvolver competências ao nível de especialista através dos cuidados à Pessoa Idosa e família em fim de vida.

O objetivo geral traçado para os estágios na Unidade de Cuidados Continuados na Comunidade e Unidade de Cuidados Continuados em Almada:

- ❖ Desenvolver competências na área da prática clínica e da gestão de cuidados através dos cuidados à Pessoa Idosa em fim de vida, em contexto domiciliário.

O projecto de intervenção operacionalizou-se Unidade de Cuidados Continuados em Almada onde, para além dos objectivos anteriores, se traçaram os seguintes:

- ❖ Compreender a complexidade e dificuldade em promover mudanças rápidas numa equipa perita numa área de cuidados
- ❖ Estimular a incorporação da evidência científica no contexto da prática clínica com base nos contributos do trabalho de campo e pesquisa efectuados.

As aprendizagens adquiridas derivaram da prestação directa de cuidados e da reflexão crítica aos cuidados prestados em cada um dos contextos pelos profissionais e sobretudo por mim mesma face a práticas anteriores. Sendo que a área que me propus desenvolver não era a da minha prática clínica desenvolvi de acordo com os níveis de aquisição de competências de Benner competência ao nível da prestação de cuidados à pessoa idosa, em particular na fase final da vida, e posteriormente procurei desenvolver perícia na prestação de cuidados à boca, enquanto estratégia promotora de conforto (Benner, 2001).

Este relatório encontra-se dividido em capítulos onde será apresentado o enquadramento teórico, focando a problemática do envelhecimento e incidência de doença crónica, teorização de enfermagem orientadora do processo de cuidados à pessoa idosa e a relevância dos cuidados à boca na pessoa idosa em fim de vida no domicílio como estratégia de conforto. Seguidamente será apresentada a metodologia do trabalho em campo e análise crítica das actividades mais significativas. Seguir-se-á uma reflexão sobre as aprendizagens alcançadas, os contributos das mesmas nas competências adquiridas e as limitações à implementação do projecto num dos contextos.



Na conclusão relaciono brevemente as experiências vividas com a revisão bibliográfica sistematizando as aprendizagens conseguidas.

## 2- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Para uma compreensão mais profunda da importância dos cuidados à pessoa idosa em fim de vida no domicílio, abordando os cuidados à boca como estratégia de conforto, importa caracterizar o crescente envelhecimento demográfico, a doença crónica ou de evolução prolongada, o sistema de prestação de cuidados actual e as respostas possíveis no domicílio. Também será explicitada a importância dos cuidados de enfermagem à pessoa idosa para a manutenção da mesma no seu meio habitual, melhorando a sua qualidade de vida de acordo com o referencial teórico de Collière.

O **envelhecimento demográfico** define-se pelo “aumento da proporção das pessoas idosas na população total, em detrimento da população jovem, e/ou da população em idade activa” (INE, 2002).<sup>10</sup> As tendências demográficas recentes indicam mudanças na constituição familiar, nos padrões de divórcio e casamento, o aumento na percentagem de mulheres sem filhos e/ou idade mais tardia das mulheres ao nascimento do primeiro filho e o menor número de filhos de futuros idosos, o que induz mudanças significativas nas estruturas e papéis da família (Carrilho, 2010)<sup>11</sup> e contribui para a diminuição da rede de apoio da família (WHO, 2005)<sup>12</sup>.

De acordo com Carrilho (2009), o número de pessoas idosas residente em Portugal aumentou significativamente nos últimos anos prevendo-se que a população idosa ultrapasse em número a população jovem entre 2010 e 2015, e que em 2060 residam no território nacional cerca de 3 idosos por cada jovem.

Este envelhecimento tem impacto em vários planos da vida social, como é o caso do sistema de protecção social e do mercado de trabalho. O crescente número de idosos exige um esforço cada vez maior por parte da população activa, traduzido no “índice de sustentabilidade potencial (número de indivíduos em idade activa por cada idoso) que se reduziu para metade entre 1960 (8) e 2001 (4)”,<sup>13</sup> e representa o recurso para a manutenção de um sistema de protecção social que garanta um conjunto alargado de apoios aos idosos.

---

<sup>10</sup> INE - O Envelhecimento em Portugal, 2002

<sup>11</sup> Revista de Estudos Demográficos - Nº 48

<sup>12</sup> Envelhecimento ativo: uma política de saúde, OMS 2005

<sup>13</sup> INE - O Envelhecimento em Portugal, 2002

Os progressos das ciências da saúde no aumento da longevidade e as melhorias sociais das condições de vida da população tornaram os idosos mais aptos e capazes de manter a sua autonomia física e social durante mais tempo (INE, 1999)<sup>14</sup> mas também conduziram indirectamente ao aumento da incidência de **doenças crónicas**. Segundo o Ministério da Saúde (1999)

“Estas são doenças de longa duração, com aspectos multidimensionais, com evolução gradual dos sintomas e potencialmente incapacitantes, que implicam gravidade pelas limitações nas possibilidades de tratamento médico e aceitação pelo doente cuja situação clínica tem de ser considerada no contexto da vida familiar, escolar e laboral, que se manifeste particularmente afectado”<sup>15</sup>.

São responsáveis por situações de incapacidade e causam 63% das mortes anuais a nível mundial (WHO, 2011).<sup>16</sup> Em Portugal,

“60% da mortalidade deve-se a doenças crónicas evolutivas como o cancro (20-25%), a insuficiências orgânicas (respiratória, cardíaca, hepática, renal, etc.) ou a doenças neurológicas progressivas (demências, Parkinson, ELA, EM, etc.), que coexistem com co-morbilidades (síndromes geriátricas) que se desenvolvem de uma forma progressiva em semanas ou meses, com frequentes crises de necessidades”.<sup>17</sup>

A prevalência de doenças crónicas nos idosos portugueses é elevada. Mais de um quarto da população entre os 60-79 anos tem Diabetes.<sup>18</sup> A DPOC tem uma prevalência de 5,3% na população adulta activa e sabe-se que aumenta com a idade<sup>19</sup>. As doenças cardiovasculares têm relação directa com factores de risco como a diabetes, obesidade, HTA, sedentarismo, dislipidémia, tabagismo e consumo álcool e são a 1ª causa de morte em Portugal. Em 2006, 52% dos idosos entre os 65 e 84 anos apresentavam hipertensão arterial<sup>20</sup>. A prevalência de doenças cerebrovasculares é de 3% aos 65 anos e 30% aos 85, e destas 30% desenvolvem demência, incluindo doença de Alzheimer (PNSPI, 2004). Também 66% dos cancros diagnosticados surgem em idades superiores a 60 anos.<sup>21</sup>

Ao nível das políticas de saúde, Portugal tem evoluído no sentido das orientações internacionais, nomeadamente através de programas específicos para os idosos. Disso é

<sup>14</sup> INE – Gerações mais idosas, Série de Estudos N.º 83, 1999

<sup>15</sup> Despacho n.º 861/99, de 10 de Setembro

<sup>16</sup> WHO - Noncommunicable Diseases Country Profiles, 2011

<sup>17</sup> DGS – Programa Nacional de Cuidados Paliativos, 2005

<sup>18</sup> Diabetes: Factos e Números 2011 - relatório anual do Observatório Nacional de Diabetes, 2012

<sup>19</sup> DGS - Programa Nacional Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, 2005

<sup>20</sup> ACS - Boletim informativo n.º 2, Set 2008

<sup>21</sup> ACS – Boletim informativo n.º 4, Abril 2009

exemplo o PNSPI, que visa a manutenção da autonomia, independência, qualidade de vida e recuperação global das pessoas idosas, prioritariamente no seu domicílio e meio habitual de vida e o Dec. Lei nº. 281/2003 de 8 de Novembro que criou os cuidados continuados.

No entanto, a organização e funcionamento dos serviços de saúde não adaptados às actuais necessidades dos idosos “conduzem a internamentos evitáveis, induzem o aparecimento de dependências, o desperdício de recursos e levam ao esgotamento das famílias cujos recursos e disponibilidade não encontram suporte em serviços de proximidade<sup>22</sup> e de apoio ao domicílio<sup>23</sup>” (PNSPI, 2004: 12).

A inexistência de respostas que apoiassem os idosos e famílias que necessitavam de cuidados de longa duração e paliativos, derivados de dependência funcional, de patologia crónica múltipla, de doença incurável em estado avançado e na fase final de vida, fez surgir a **RNCCI**, criada pelo Dec. – Lei nº 101/2006 de 6 de Junho.

A Rede é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e ou apoio social, e de cuidados e acções paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a Rede Solidária e as autarquias locais e presta cuidados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. As respostas oferecidas adequam-se aos diferentes grupos de pessoas em situação de dependência e aos momentos e circunstâncias da própria evolução das doenças e situações sociais, facilitam a autonomia e participação dos destinatários e reforçam as capacidades e competências das famílias para lidar com as situações.<sup>24</sup>

Se o envelhecimento da população influencia as suas necessidades de cuidados, em termos de dependência, incidência de doenças crónicas e complexidade de necessidades (físicas, psicológicas e sociais), é expectável que aumentem as necessidades em Cuidados Paliativos nos próximos anos, pelo que a Organização Mundial de Saúde os considera uma prioridade nas políticas de saúde.

Os cuidados paliativos baseiam-se na satisfação das necessidades das pessoas e não no diagnóstico ou prognóstico, tendo como finalidades o alívio dos sintomas, o apoio

<sup>22</sup> Serviços de proximidade são as estruturas locais existentes para prestação de cuidados de saúde (USF, Centro de Saúde, Hospital) e de segurança social, as autarquias locais, serviços públicos, sociais e privados de apoio comunitário, bem como as parcerias criadas entre instituições de saúde e outras instituições comunitárias para colaboração na prestação de cuidados continuados integrados - Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho

<sup>23</sup> Cuidados domiciliários são aqueles que são prestados no domicílio - residência particular, ou estabelecimento/instituição onde habitualmente reside a pessoa que deles necessita - Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho

<sup>24</sup> Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho

psicológico, espiritual e emocional ao doente e família, o apoio durante o luto e a interdisciplinaridade. “Preconiza-se a sua introdução estruturada em fases precoces da doença, ainda que outras terapêuticas, de índole curativa, estejam a ser utilizadas” (PNCP, 2004:8).

Tradicionalmente os cuidados paliativos centraram-se nas necessidades das pessoas e famílias com cancro mas o progressivo aumento da esperança de vida torna mais frequente os idosos morrerem de falências multiorgânicas que de cancro. No entanto, verifica-se que as preocupações e sintomas, em especial no último ano de vida, das pessoas que sofrem de doenças crónicas terminais e cancro são semelhantes, pelo que as necessidades emergentes destas pessoas devem igualmente ser atendidas.<sup>25</sup> Apesar desta premissa, verifica-se que as pessoas idosas, com doença crónica não oncológica, têm menor probabilidade de ter apoio de cuidados paliativos (McIlfatrick, 2006).

Independentemente da doença, a fase em que se encontra, o tratamento já administrado, existe sempre algo que pode ser feito para melhorar a qualidade da vida da pessoa. Para Collière (2001:185), os cuidados que desde sempre acompanharam todas as passagens da vida continuam actualmente necessários e “não têm como função substituir a impotência dos tratamentos médicos. A sua razão de ser é acompanhar, confortar tudo o que permite existir. Haja tratamento, ou já não, os cuidados de acompanhamento de fim de vida são, da mesma maneira, vitalmente indispensáveis”.

## **2.1 – Cuidar da pessoa idosa**

Neste capítulo vamos apresentar a conceptualização de cuidados à pessoa idosa e a importância social e humana dos mesmos, em particular no fim de vida, pois «haja tratamento ou já não, os cuidados de acompanhamento de fim de vida são, da mesma maneira, vitalmente indispensáveis» (Collière, 2001: 185).

A prestação de cuidados de enfermagem de qualidade a idosos implicam a mobilização dos recursos cognitivos disponíveis, inclusive de outras disciplinas, nas áreas da saúde, psicossocial, étnica e cultural, para melhor adequar a intervenção à situação concreta do idoso/família.

---

<sup>25</sup> Palliative care: the solid facts, 2004

Para Osório (2007: 185) “a velhice define-se pelas condições físicas, funcionais, mentais e de saúde das pessoas idosas” e a existência de mitos acerca dos idosos influencia os sentimentos que estes têm de si próprios e a forma como a sociedade os considera (Osório, 2007; Berger, 1995). No entanto, o envelhecimento normal não afecta previsivelmente as faculdades mentais dos idosos nem o seu nível de satisfação com a vida. Têm uma elevada autoestima e estão satisfeitos com o seu papel familiar e social. Quando trabalham têm menor taxa de absentismo, menos acidentes e um rendimento constante. Cerca de 80% dos idosos são suficientemente saudáveis para efectuar as AVDs sem ajuda, e são capazes de se adaptar. Todos envelhecem de forma diferente e alguns idosos mantêm contactos estreitos com a família, participam em actividades sociais e mantêm amizades (Berger, 1995). A existência de mitos inibe o reconhecimento das suas potencialidades e limitam-lhes as possibilidades de crescimento (Berger, 1995), provocam angústia, diminuição da autoestima e influenciam a autonomia, podendo conduzir ao isolamento e induzir o recurso à família, quando esta existe, que com intenção de os proteger e cuidar acaba por limitar ainda mais a sua autonomia.

Caracterizar a nossa população alvo - idosos portugueses - assume uma importância primordial para o reconhecimento das necessidades, expectativas, rede de suporte e limitações dos nossos idosos, que sendo diversas das de outras realidades apresenta:

- Níveis de envelhecimento mais significativos nas mulheres (o indicador passou de 124 idosas por cada 100 jovens em 2001, para 141 em 2009)<sup>26</sup>;
- Irregulares contactos com amigos e familiares;
- Poucos pertencem a organizações sociais e/ou culturais (o que poderá revelar diminuição da qualidade de vida do idoso)<sup>27</sup>;
- Aumento do número de idosos a viver sós;
- Estrutura de consumo dominada pelos bens de primeira necessidade;
- Taxas de pobreza superiores às do conjunto da população (62% dos indivíduos entre os 50 e 69 anos com pensão de reforma continuam a trabalhar para ter um rendimento familiar suficiente) (INE, 1999).

Este conhecimento deve sensibilizar os profissionais para as dificuldades financeiras na aquisição de medicamentos, alimentação adequada às suas necessidades

---

<sup>26</sup> Revista de Estudos Demográficos - N° 48

<sup>27</sup> INE – As gerações mais idosas, série de estudos n° 83,1999

nutricionais/alimentares, ajudas técnicas, apoio domiciliário ou até institucionalização, bem como a ineficaz rede de suporte em que nem sempre existe um cuidador disponível quando se verificam níveis de dependência.

A dependência cria o problema de “ser cuidado” e na pessoa idosa em especial no fim de vida, tem contornos diversos de qualquer outra situação, sendo vital a prestação de cuidados de compensação, manutenção, estimulação, conforto, parecer e apaziguamento.

Para Collière (2001:183), “**os cuidados de compensação** são os que visam compensar os efeitos das perdas ou diminuições sensorio-motoras (das propriedades da pele, motoras, perda do controle de esfíncteres, auditivas e tácteis) para assegurar as funções vitais”. Estas alterações devem-se ao fenómeno do envelhecimento que passamos a caracterizar sumariamente.

As alterações fisiológicas do envelhecimento manifestam-se ao nível da pele e tecido subcutâneo em pele mais seca, rugosa e flácida, por atrofia e diminuição da eficácia das glândulas sebáceas e sudoríparas e perda de tecidos de suporte subcutâneo, descaindo a face, o queixo e as pálpebras. A constituição corporal altera-se na relação água/massa corporal/massa gorda condicionando atrofia e diminuição do tônus muscular, que se traduz na diminuição da amplitude e força dos movimentos. As alterações da substância conjuntiva condicionam a alteração da coordenação músculo- esquelética que induz alterações génito-urinárias, surgindo incontinência funcional, nictúria e aumento da frequência de micções (Correia, 2003).

No sistema cardiovascular a degenerescência das válvulas cardíacas, associada à diminuição do volume de água no organismo, condiciona a diminuição do débito cardíaco e aumento da tensão arterial em repouso. Existe uma redistribuição de sangue para órgãos como o cérebro, artérias coronárias e sistema músculo-esquelético, em detrimento do fígado e rins. A diminuição da secreção glandular condiciona, a pilosidade existente (perda de cabelo), a ausência de pigmentação e o mecanismo termorregulador, tornando os idosos mais sensíveis ao frio. A perda de células nervosas condiciona alteração na capacidade de memória a curto prazo, diminuição do tempo de resposta, diminuição do número de unidades funcionais com consequente diminuição do consumo de oxigénio (Correia, 2003).

As alterações auditivas (presbiacusia) são provocadas pela alteração de todos os componentes do sistema auditivo e degenerescência das células ciliadas, que condicionam alterações do equilíbrio (presbistase) e as alterações em todas as estruturas oculares, com alteração da

transparência da córnea, atrofia dos músculos ciliares, rigidez e opacidade do cristalino (catarata), liquefação do vítreo, degenerescência macular, manifestam-se por visão desfocada, dificuldade em ver ao perto (miopia), aumento do tempo de adaptação às diferenças de luminosidade, menor discriminação das cores, diminuição do campo visual periférico, condicionando défices sensoriais e cognitivos (Correia, 2003).

Face a estas alterações inerentes ao envelhecimento o enfermeiro precisa ter um papel proactivo na informação, educação e ensino às pessoas e famílias para lidarem com as incapacidades ou limitações inevitáveis no fim de vida, incluindo a utilização de todas as ajudas técnicas disponíveis, bem como a referenciação a outros profissionais nomeadamente na área da reabilitação ou terapia ocupacional.

Os **cuidados de manutenção da vida** são os que “mantêm as capacidades para fazer face às necessidades da vida quotidiana como comer, lavar-se, vestir-se, deslocar-se e eliminar” (Collière, 2001:182). São complementares dos de compensação pelo que o enfermeiro deve conhecer os hábitos de vida das pessoas e avaliar criteriosamente quais as actividades que a pessoa ainda consegue assegurar, não a substituindo quando não é necessário, promovendo a autonomia através do poder que lhe confere o facto de ser pessoa e como tal poder decidir que tipo de cuidados pretende e como os pretende viver. Estes cuidados contemplam não só a satisfação de necessidades básicas mas também as expectativas individuais, a relação com a família e articulam-se sempre com o meio social de referência da pessoa. Neste contexto, o enfermeiro pode ajudar a pessoa e família a encontrarem suportes individuais e comunitários para apoiar a realização de alguns cuidados. É essencial o estabelecimento de um plano de cuidados que seja realista e de acordo com as expectativas possíveis.

É expectável que as necessidades de cuidados para suprir as necessidades fundamentais e instrumentais aumentem de intensidade com o aumento de dependência e à medida que o final da vida se aproxima. De acordo com o ONSA (2011) a percentagem de idosos que necessita de ajuda de alguém para realizar pelo menos uma AVD aumenta com a idade, sendo maior no grupo etário de 85 e mais anos. Por outro lado, na situação de fim de vida, o idoso e família estão particularmente vulneráveis apresentando necessidades acrescidas de índole física, social, espiritual e/ou religiosas (OE, 2006) sendo fundamental a implementação de medidas de conforto em primeiro e último lugar (Collière, 2001).

Os **cuidados de estimulação** “permitem a reaquisição de capacidades diminuídas ou transitoriamente perdidas” (Collière, 2001:184), como a mobilidade e a não estimulação das



mesmas pode conduzir a maior dependência. Em Portugal as afecções que induzem dificuldades de mobilização e funcionalidade afectam 12% dos idosos (Branco, 2001) pelo que a estimulação para reaquisição de autonomia funcional é fundamental. Mas os cuidados de estimulação não se resumem às reaquisições. Alicerçam-se em tudo o que ajuda a pessoa a ter vontade de viver até ao fim da vida, através das sensações, percepções, expectativas, desejos, interesses e reacções afectivas. Podem ter contornos filosófico-religiosos, de acordo com as crenças e valores individuais, vontade de deixar um legado expresso em actividades intelectuais/práticas pelas quais pode ser recordado, ou estabelecimento de metas para viver determinado acontecimento significativo para si (nascimento de um neto, formatura de um filho, visitar um lugar pela 1ª vez...).

Os **Cuidados de conforto** “fortalecem a segurança física e afectiva, necessárias à manutenção das capacidades existentes e reconquistar as que podem ser recuperadas” (Collière, 2001:184). São particularmente importantes nos idosos e são usados nas pessoas em fim de vida minimizando sintomas, promovendo conforto físico e emocional. No entanto, proporcionar conforto ao paciente em fim de vida pode ser difícil porque existem dimensões do sofrimento ou angústia pessoal que não são facilmente acessíveis sobretudo quando a pessoa idosa e família são desconhecidas do enfermeiro. O conforto é muitas vezes transmitido por uma presença empenhada, várias formas de afirmação da compaixão e actos de bondade.<sup>28</sup>

Os cuidados personalizados à boca de uma pessoa podem ser um meio de conforto pro excelência. Ao demonstrar-lhe que é um ser único estão a promover o conforto emocional e ao introduzir estratégias que minimizam a xerostomia e o desconforto favorecem o conforto físico, melhoram a autoestima e promovem a vontade de comunicar e participar no ambiente que a rodeia. Estes cuidados serão mais desenvolvidos noutro capítulo deste trabalho.

Os **Cuidados de parecer** são o suporte da comunicação não-verbal. São fundamentais para manter o desejo de comunicação e partilha. Através destes cuidados a enfermeira pode melhorar e estimular o conforto das pessoas em fim de vida, mantendo os seus hábitos, melhorando a sua auto-imagem e diminuindo o sentimento de solidão e isolamento.

Os **Cuidados de apaziguamento**, ou de relaxamento, conhecidos ancestralmente, permitem o repouso, a libertação de tensões, proporcionam alívio ou atenuação da dor, habitualmente sob a forma de massagem. Foram desvalorizados pela Medicina do séc. XIX e foram

---

<sup>28</sup> Dying, Dignity, and New Horizons in Palliative End-of-Life Care

reintroduzidos nos cuidados pelo reconhecimento do seu valor terapêutico. Contribuem para suportar melhor os momentos de grande sofrimento, facilitam a utilização dos recursos físico-afectivos, diminuem as repercussões psico-mentais, permitem acompanhar física e simbolicamente o fim do caminho da vida (Collière,2001). Podem ser protagonizados pela presença de familiares e amigos, dando a possibilidade de se despedir, de fazer as pazes com a vida, perdoar e ser perdoado.

Para Collière (2001:135), o “conhecimento em enfermagem parte das realidades da vida. São as pessoas que nos dão a chave do que para elas está carregado de significado”. Refere ainda que é necessário “aproximar-nos das pessoas, compreender o que nos pretendem comunicar, o que querem compreender, o que já sabem e o que querem conhecer, partir das suas representações, facilitar a sua expressão, tanto pela linguagem verbal como a partir de tudo o que exprime o olhar, os gestos, a postura, os silêncios” (Collière, 2001:136).

A pessoa idosa, com o passar dos anos, tem “necessidade de recorrer aos outros, à família, aos próximos e aos prestadores de cuidados, para ser cuidado” (Collière, 2001:178). Mas a complexidade do sofrimento e a combinação de factores físicos, psicológicos e existenciais na fase final da vida, obrigam a que a sua abordagem, com o valor de cuidado de saúde, seja sempre uma tarefa multidisciplinar, que congrega, além da família do doente, profissionais de saúde com formação e treino diferenciados, voluntários preparados e dedicados e a própria comunidade (PNCP, 2005; Aoun, 2005). Esta abordagem é diversa da habitualmente vivida em contexto hospitalar, vocacionada para o diagnóstico e tratamento de doenças, e permite aos profissionais uma oportunidade de demonstrar que “existe uma maneira de cuidar de um moribundo que lhe permite sentir-se bem até ao fim” (Frias, 2003:30).

Segundo Davies (2004)<sup>29, 30</sup> as pessoas idosas referem como necessidades a comunicação com a família e profissionais de saúde, ensino sobre estratégias para lidar com as incapacidades, a dor, a ansiedade e a depressão e valorizam informações precisas, respeito pelas suas preferências, apoio emocional, conforto físico, envolvimento da família e amigos, coordenação, continuidade e transição de cuidados. Assim, as respostas necessárias passam pelo desenvolvimento de competências de comunicação, estabelecimento de relações terapêuticas baseadas na confiança, respeito e interesse genuíno, conhecimento e implementação de técnicas farmacológicas e outras para controlo da dor, melhoria dos sistemas de informação existentes em que as preferências necessidades e escolhas dos clientes

---

<sup>29</sup> Palliative care – The solid facts, 2004

<sup>30</sup> What are the Palliative care needs of older people and how can they be met?,2004

sejam do conhecimento das equipas intervenientes mesmo em caso de transferência de cuidados.

“Para cuidar a pessoa no seu todo e não somente o seu problema de saúde, é necessário considerá-la como membro de uma família e de uma coletividade” (recomendação para as enfermeiras de saúde pública na Conferência de Europeia de Helsínquia, em 1958), pelo que a enfermeira que presta cuidados domiciliários deve também ter em conta as necessidades da família, em especial dos familiares cuidadores sobretudo na relação de proximidade e confiança que consegue estabelecer. As necessidades expressas por estes, para pessoas em cuidados paliativos, em situação de crise, episódio de doença debilitante, situações de alta hospitalar após internamento prolongado, entre outras, são as relacionadas com o conforto do paciente, operacionalizadas na comunicação, através da informação acerca da doença e evolução esperada, cuidados práticos à pessoa dependente, ajudas técnicas, apoio emocional e financeiro, bem como o apoio disponível dos serviços de saúde e comunitários (Aoun, 2005; McIlpatrick 2006; Kalnins, 2006; Fridriksdottir, 2006; Hudson, 2008; Nguyen, 2009).

A bibliografia e a investigação consultadas referem que as pessoas preferem morrer em casa (Davies, 2004; Klinkenberg, 2005). Mas para que esta realidade seja sustentada é necessária uma reestruturação no fornecimento de cuidados existentes, corroborada pela existência de condições, que são determinantes para que as famílias mantenham os seus familiares no domicílio, como a melhoria das condições sociais, com serviços de saúde e de apoio disponíveis em horários alargados, a flexibilização dos horários de trabalho, a facilidade de acesso a cuidados de saúde pelos cuidadores quando a sua situação de saúde se deteriora e a consciencialização social da importância dos cuidadores informais e da exigência desse papel (Davies, 2004).<sup>31</sup>

A transição para o papel de prestador de cuidados implica enormes alterações na vida dos mesmos, que vão desde a gestão de sintomas e regime medicamentoso do familiar, gestão de sentimentos, de tempo, alteração de rotinas, interrupção do seu projecto de vida, dificuldade em manter os seus objectivos pessoais, dificuldade em partilhar as actividades de cuidados com outros e diminuição dos contactos sociais, que poderão traduzir-se em sintomas de sobrecarga para o cuidador (Aoun, 2005; Nguyen, 2009).

Por este motivo, o papel dos cuidadores na fase final da vida de um doente deve ser reconhecido como uma contribuição individual e social essencial, devendo ser promovidos os

---

<sup>31</sup> What are the palliative care needs of older people and how might they be met ?, WHO Europe, 2004

mecanismos de apoio legal e social que facilitem o seu esforço e disponibilidade efectiva, sendo de enorme importância a promoção de redes de colaboração civil, estimulando um voluntariado adequadamente formado e onde se possam prever os contributos de organizações não-governamentais e associações peritas no cuidado e apoio de doentes e famílias (PNCP, 2004:19). A legislação define e categoriza este tipo de cuidados na Circular Normativa Nº: 14/DGCG de 13/07/04.

A Enfermagem, porque toma por objecto de estudo as respostas humanas envolvidas nas transições geradas pelos processos do desenvolvimento ou por eventos significativos da vida que exigem adaptação, tem um papel crucial na prestação de cuidados diretos à pessoa idosa, e também ao cuidador enquanto prestador de cuidados e alvo de cuidados. No caso deste último, pode contribuir minimizando a inadequação do papel do familiar enquanto prestador de cuidados, evitando a sobrecarga do mesmo e, conseqüentemente, diminuir o número de readmissões hospitalares, que acarretam custos elevados em internamentos sucessivos e têm conseqüências sobre a qualidade de vida dos doentes e prestadores de cuidados (Silva,2007). Compreender este processo de transição ao papel de cuidador familiar permite implementar intervenções que se traduzam numa ajuda efectiva às pessoas (Collière,1999; Andrade,2003).

A temática dos cuidados à boca surge na intersecção dos cuidados de conforto, manutenção, parecer e apaziguamento, ao diminuir o desconforto, facilitando a comunicação, diminuindo o isolamento e melhorando a autoestima, permitindo a utilização de diversos recursos pessoais.

### **2.1.1 – Cuidados à boca: estratégia de conforto**

Na continuidade do capítulo anterior onde referimos que a pessoa idosa, em especial no fim de vida, necessita fundamentalmente de cuidados de manutenção e conforto, vamos apresentar os cuidados à boca como uma estratégia promotora de conforto nessa situação particular.

O papel que a boca desempenha na comunicação e expressão do ser humano, seja ela verbal ou não verbal (o beijo, o sorriso, ou o choro) é fundamental. Considerando que uma das intervenções dos enfermeiros passa pela promoção da comunicação e expressão de emoções, primordial no estabelecimento de uma relação de ajuda entre quem cuida e quem é cuidado, verificamos como é importante cuidar da boca para promover o conforto (cuidados de

confortação), minimizar a dor (cuidados de apaziguamento), melhorar a interacção social (cuidados de estimulação), melhorar a aparência física e estética (cuidados de parecer) e promover a segurança nas pessoas cuidadas.

De acordo com a OMS a saúde oral é um estado de ausência de: dor na boca ou face, lesões tumorais ou outras na mucosa oral ou garganta, defeitos congénitos, doenças periodontais, cáries, perda de dentes ou outras situações que afectem a cavidade oral<sup>32</sup> e os factores de risco para as doenças orais são comuns a outras doenças crónicas, tais como a dieta inadequada, uso do tabaco, o consumo excessivo de álcool e uma higiene oral deficiente.

Existe evidência científica da relação entre doenças crónicas e a saúde oral:

- A existência de diabetes condiciona o aparecimento de doenças periodontais e a gravidade destas é influenciada pelo controle da glicémia (WHO,2006; Weidlich,2008).

Sendo que mais de 25% da população portuguesa entre os 60-79 anos tem Diabetes, este problema assume grande proporção na realidade portuguesa, o que torna os cuidados à boca primordiais nesta população.

Os efeitos do envelhecimento na cavidade oral traduzem-se em mucosas mais sensíveis e finas, aparecimento de xerostomia, diminuição da sensibilidade gustativa dos alimentos, coloração mais amarelada dos dentes, associadas a perdas dentárias, cáries radiculares e doenças periodontais (Heath,2011). Também as alterações imunitárias, factores ambientais, existência de factores psicológicos como depressão e dificuldades visuais podem influenciar a capacidade dos idosos se alimentarem e higienizarem a cavidade oral (WHO,2006).

Alguns dos medicamentos utilizados pelos idosos no controle de doenças crónicas, ou terminais, potenciam essas alterações, nomeadamente:

- Diminuindo o apetite (furosemida, hidroclotiazida, digitálicos),
- Aumentando o apetite (anti-histamínicos, psicotrópicos, corticosteróides),
- Alterando ou diminuindo o paladar (ácido acetilsalicílico),
- Alterando a absorção de nutrientes (etanol, anticonvulsivantes, barbitúricos, corticóides, isoniazida, salicilatos, sulfamidas, tetraciclina) ou

---

<sup>32</sup> WHO – Health Topics: oral health

- Diminuindo a secreção de saliva (tranquilizantes, opióides, antidepressivos, neurolépticos, anti-histamínicos) (Heath,2011) debilitando o estado geral da pessoa idosa fragilizada.

A etiologia da xerostomia pode envolver causas locais e sistêmicas. As causas sistêmicas, além dos medicamentos citados, podem ser resultado de doenças autoimunes, como a Síndrome de Sjögren, neoplasia das glândulas salivares e infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). As locais resultam de respiração eminentemente oral e tabagismo. Independentemente da etiologia a xerostomia é um sintoma prevalente nesta população, em especial no fim de vida.

As funções de manutenção e conforto da cavidade oral desempenhadas pela saliva, através da lubrificação, humedecimento dos alimentos, eliminação dos restos alimentares, influenciando o apetite, neutralizando ácidos e fortalecendo a superfície dos dentes, bem como as suas propriedades bactericidas e bacteriostáticas (Bongaerts,2007) ficam diminuídas ou até inexistentes condicionando as funções de mastigação, deglutição afectando a sua qualidade de vida (WHO,2006).<sup>33</sup>

A prevalência de xerostomia no doente terminal é semelhante à de outros sintomas em cuidados paliativos, podendo chegar aos 60% de pessoas afectadas (Secpal,2009) e as lesões da cavidade oral têm grande impacto na qualidade de vida de pessoas com doenças complexas ou avançadas sendo causa de considerável morbidade e diminuem o bem-estar físico, psicológico e auto estima das mesmas (WHO,2006; Saini,2009; Heath,2011).

Por estes factos, a equipa de saúde deve estar atenta aos fármacos utilizados pelo idoso e “a abordagem a seguir deve ser multidisciplinar, utilizando o menor número de medicamentos possível e o regime posológico mais simples possível, bem como evitar medicação potencialmente lesiva para o mesmo”.<sup>34</sup> Deve informar o idoso/família dos efeitos indesejáveis que possam ocorrer<sup>35</sup>, respeitando a sua autonomia e direito de escolha com base em informação adequada, e oferecer estratégias para os minimizar. Numa situação de fim de vida o conforto deve prevalecer à “cura”, pelo que o princípio da autonomia e não-maleficência se devem sobrepor ao da beneficência.

Algumas estratégias possíveis para minimizar a xerostomia passam pela estimulação da produção de saliva através da utilização de substâncias ácidas, como sumo de limão ou

---

<sup>33</sup> Oral Health in Ageing Societies: Integration of Oral Health and General Health, WHO 2006

<sup>34</sup> UMCCI- Problemas relacionados com medicamentos (PRM) no idoso, 2008

<sup>35</sup> What are the palliative care needs of older people and how might they be met?, Aug. 2004

ananás, em pequenas quantidades porque em excesso fragilizam a superfície dos dentes tornando-os mais susceptíveis a lesões (Secpal,2009), comer maçã, ou mastigar pastilhas sem açúcar (Davies,2011). Quando a produção de saliva não consegue ser estimulada podem ser utilizadas salivas artificiais (Carman,2011)<sup>36</sup> e alguns estudos referem ainda a utilização de pilocarpina local para minimizar a xerostomia induzida sistemicamente (Furness, 2011;<sup>37</sup>Carman, 2011).

A revisão da literatura revelou que os cuidados à boca são intervenções que traduzem bons cuidados de enfermagem (Southern, 2007; Harris, 2008; Paulsson, 2008; Stout, 2009; Saini, 2009) mas são frequentemente negligenciados, deixados à responsabilidade do paciente ou de pessoal menos preparado para os prestar (Paulsson, 2008). A inexistência de guidelines ou protocolos para sistematizar a avaliação da cavidade oral com validade, confiabilidade e facilidade de utilização potenciam a manutenção da situação de negligência neste tipo de intervenção de enfermagem. Existem, no entanto, instrumentos de avaliação da cavidade oral que têm vindo a ser testados e validados em contextos específicos (Paulsson, 2008; Stout, 2009) mas a sua disseminação é ainda incipiente. Revelou também que uma higiene oral deficiente potencia diversos problemas que vão do desconforto à propensão para infecções e à diminuição de qualidade de vida (Weidlich, 2008; Stout, 2009; Saini, 2009).

As complicações derivadas de uma má higiene oral são conhecidas e podem condicionar dor e desconforto, desidratação e desnutrição, risco aumentado de pneumonia, endocardite e septicemia, aumentar a sensação de xerostomia provocando dificuldades de deglutição, fonação e halitose, influenciando o bem-estar físico e psicossocial da pessoa (Paulsson, 2008; Stout, 2009; Rohr, 2010).

Para prestar cuidados à boca de pessoas idosas em especial no fim de vida é necessária uma abordagem sistematizada, observação cuidada, planeamento de intervenções individualizadas e avaliação dos efeitos das mesmas. Existem na literatura diversos guias de avaliação da cavidade oral, testados em diversos contextos, mas nenhum validado para a população portuguesa. Perante este facto decidimos utilizar o OAG (Oral Assessment Guide), apenas com interesse académico, para orientar a sistematização da avaliação da cavidade oral (ANEXO I).

---

<sup>36</sup> Best Practice Guidelines for Oral Care and Secretion Management

<sup>37</sup> Interventions for the management of dry mouth: topical therapies (Review)



O OAG permite uma avaliação de todas as estruturas da cavidade oral (lábios, língua, mucosa oral, gengivas, dentes/prótese dentária), características da saliva, bem como a capacidade de deglutição e fonação. As pontuações obtidas são indicativas do risco e probabilidade/existência de lesões da cavidade oral e permitem orientar a frequência e tipo de intervenções necessárias. O OAG é um instrumento de fácil aplicação, rápido e que não necessita de tecnologia especial pelo que poderia ser aplicado no domicílio com os recursos existentes.

Os objectivos do cuidado oral são a promoção do conforto, a ausência de lesões dolorosas ou infecções, proporcionar hidratação, limitar a placa bacteriana e eliminar vestígios alimentares (Secpal, 2009). Cuidar da boca de pessoas idosas em fim de vida exige competências várias, como sejam a avaliação do estado da boca, o reconhecimento precoce de alterações, o planeamento das intervenções, uma higiene cuidada da cavidade oral, registos precisos onde estejam descritas as alterações encontradas e a evolução das mesmas, os cuidados prestados, a avaliação da eficácia das intervenções e o seu impacto na vida das pessoas.

Este cuidado é “global e holístico porque vai além da dimensão física, tem em conta a dimensão psicológica, espiritual, e os hábitos e costumes da pessoa, mas só em conjunto com todas as outras intervenções de enfermagem implementadas promove o conforto e o respeito para com as pessoas, sujeitos de cuidados” (Elliopoulos, 2005:28).

As pessoas em fase final de vida referem que a presença de sintomas, dor ou desconforto, influenciam a sua capacidade de conceber esperança em objectivos realistas. O enfermeiro ao direccionar as suas intervenções ao bem-estar físico, psicológico, emocional e social está a contribuir para aumentar a esperança realista destas pessoas (Serrano, 2009).

A comunicação, o bem-estar, a satisfação de comer, dependem de uma boa higiene oral, pelo que esta actividade é primordial para as pessoas em fase terminal. A equipa de saúde deve “educar” a pessoa idosa e família aconselhando diferentes métodos e utensílios respeitando as preferências da pessoa e estimulando as suas iniciativas para o efeito (Albuquerque, 2007; Harris, 2008; Secpal, 2009;).

De acordo com vários autores (Albuquerque, 2007; SECPAL, 2009 e Heath, 2011), algumas das recomendações possíveis para a realização de cuidados orais em pessoas com limitações da autonomia, com desconforto, dor ou lesões, passam por:

- ✓ Utilização de escovas de dentes infantis e macias, tanto nos dentes como na língua, que pode ser também utilizado em pessoas inconscientes, ou,



- ✓ Utilização de compressa, enrolada no dedo indicador ou numa colher de sobremesa, algodão ou cotonetes, que embora menos eficazes podem ser mais cómodas.

Quando os idosos são edentulos e utilizam próteses dentárias, mantêm-se os cuidados às gengivas e língua mas deve ser dada especial atenção à limpeza das próteses dentárias para evitar infecções, as mais frequentes são as candidíases, pelo que pode ser necessário a emersão destas em soluções de nistatina ou hipoclorito de sódio diluído (Heath, 2011).

Para hidratar a cavidade oral - estimulando a produção de saliva:

- ✓ Tomar pequenos golos de água ou sumos de fruta frescos;
- ✓ Chupar lâminas de gelo;
- ✓ Fazer gelados ou chupa chupas de sumos de frutas (Secpal, 2009);
- ✓ Mastigar, ou chupar pedaços de ananás ou maçã (Davies, 2010);
- ✓ Mastigar pastilhas sem açúcar (Bots, 2005; Davies, 2010);
- ✓ Beber água com gotas de limão ou infusões de camomila com limão (Secpal, 2009).

Quando a produção de saliva não consegue ser estimulada podem ser utilizadas salivas artificiais à base de metilcelulose ou aplicada pilocarpina (Neto, 2004; Davies, 2010). Quando a deglutição se torna ineficaz podem ser utilizadas pulverizações de água simples fresca ou com gotas de limão a cada duas horas.

Em pessoas em estado agónico, às pulverizações pode ser adicionada uma solução com gotas de vaselina líquida, limão, camomila e gelo, porque aliada à hidratação da mucosa lubrifica-a, mas pode tornar-se desagradável devido à viscosidade (Secpal, 2009).

Para inibir/controlar a formação de placa bacteriana, podem ser utilizados:

- ✓ Bochecho com solução de água oxigenada diluída (uma colher de sobremesa de água oxigenada 10 vol., mantido na boca por alguns segundos, diminui a carga bacteriana e branquea os dentes - cuspir após o bochecho (Farah, 2009);
- ✓ Bicarbonato de sódio (1 colher de chá em 450 ml de água morna, eficaz mas de paladar desagradável), através de escovagem ou aplicado com algodão ou compressa - é eficaz na limpeza de língua saburrosa (Secpal, 2009);
- ✓ Solução de Clorohexidina a 0,2%, em pequena quantidade a cada doze horas - ou uma solução aquosa iodada diluída em casos de necroses (Secpal, 2009)
- ✓ Colutórios vários, excepto os que contém álcool (Farah, 2009);
- ✓ Ou comprimido de vitamina C (Secpal, 2009; Davies, 2011).

A ingestão de iogurte natural sem açúcar pode ajudar a combater a infecção oral, a halitose, as cáries e as doenças das gengivas, pela presença de algumas bactérias activas (especificamente a *Lactobacillus bulgaricus* e a *Streptococcus thermophilus* 2) (Rodriguez, 2008; Secpal, 2009). O consumo de 90 gramas de iogurte duas vezes no dia durante 6 semanas, diminui os níveis de sulfureto de hidrógeno ou outras substâncias que contribuem ao mau hálito (Rodriguez, 2008).

Outras técnicas como a acupunctura também demonstraram ser um importante método de tratamento de xerostomia decorrente da radioterapia (Braga, 2006), ou em situações de fim de vida (Meidell, 2009) que eventualmente poderá ser mobilizada consoante o nível cultural da pessoa idosa e família.

Nos casos de úlceras dolorosas da cavidade oral, podem ser utilizados anestésicos tópicos antes das refeições (Secpal, 2009) e após deve ser efectuada escovagem normal, sempre que possível. A utilização de bochechos de soro fisiológico ou escovagem diária com cloreto de sódio tem um efeito dessensibilizante e, como tal, diminui as sensações dolorosas (Fonseca, 2004).

Outros princípios básicos a serem favorecedores do conforto da zona oral passam pela seleção de bebidas e alimentos. As pessoas devem ser orientadas a:

- ✓ Preferir alimentos moles, pastosos ou semilíquidos;
- ✓ Reduzir as quantidades de açúcar ingeridas;
- ✓ Evitar bebidas alcoólicas e tabaco;
- ✓ Acompanhar a refeição com água;
- ✓ Ingerir líquidos frequentemente, em pequenas quantidades.

Também para prevenir o desconforto que a secura da boca provoca, quando existe necessidade de administrar Oxigénio, este deve ser humidificado pelas razões já apresentadas, bem como manter a limpeza das narinas e evitar respiração oral (APCP, 2006; SECPAL, 2009; Heath, 2011). Nos lábios pode ser aplicado glicerina, batom do cieiro ou outro hidratante, cujo objectivo é promover e manter a hidratação, evitando o desconforto (SECPAL, 2009).

Cuidar da boca de pessoas a seu cuidado é uma intervenção importante dos enfermeiros e deve ser focalizada na promoção do conforto físico e emocional. As intervenções no conforto físico podem ser directas, pela prestação de cuidados à boca, ou indirectas, pela função educadora através do ensino à pessoa/família na promoção do autocuidado e conforto. As

intervenções no conforto emocional são transmitidas pela pessoa da enfermeira através da atenção dispensada, da sua postura, da sua linguagem corporal, da sua linguagem verbal e não-verbal e da sua presença.

Em síntese, a diminuição da ingestão oral de líquidos, a anorexia e perda de peso, as dificuldades de comunicação, os sentimentos de exclusão e isolamento são problemas que devem ser alvo de intervenção do enfermeiro junto da pessoa e família, por serem causadoras de ansiedade e obstáculos a uma melhor qualidade de vida na fase de fim de vida.

### 3 – RELATO DAS APRENDIZAGENS SEGUNDO OS CONTEXTOS SELECIONADOS

Após a apresentação do enquadramento teórico que sustentou cognitivamente a actuação, irei relatar as experiências e aprendizagens em cada um dos locais escolhidos para estágio, articulando-as com o projecto de intervenção que foi objecto de trabalho na unidade curricular Opção II. Para esse projecto foram efectuadas pesquisas nas bases de dados da EBSCO, nos catálogos da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Google e Google académico, utilizando os descritores: **Nurs\***, **end of life**, **needs of care e home**; **Mouth care e xerostomia**; **Oral care** and **guidelines** and **nurse**. A estratégia utilizada para a pesquisa na EBSCO, os critérios para considerar os estudos para revisão, inclusão e exclusão dos mesmos estão explicitados no Apêndice I.

Como pergunta de partida formulámos: quais as intervenções de enfermagem, nos cuidados à boca, promotoras de conforto na pessoa idosa e em fim de vida? Foram também pesquisados outros temas por mim considerados complementares na prestação de cuidados de enfermagem de qualidade em ambiente domiciliário, na situação particular de dependência e fim de vida, junto dos cuidadores informais. O referencial teórico seguido considera que “todo o saber parte das situações e, ao mesmo tempo, vai beber a fontes de conhecimentos que levam a esclarecer as constatações feitas a partir das situações” (Collière, 2001:134).

O percurso realizado teve como objectivos a aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas de enfermeira especialista, referidas no plano de estudo do Curso de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, área específica de intervenção de Enfermagem à Pessoa Idosa, no projecto de regulamento de competências publicado no Diário de República já mencionado anteriormente, e a construção de um projecto promotor das boas práticas em enfermagem através da implementação de intervenções nos cuidados à boca, referidas na literatura, que possam ajudar as pessoas a terem mais conforto e a melhor qualidade de vida possível nesta fase do seu continuum.

Para realização do estágio foram escolhidos dois locais de referência em cuidados de enfermagem à pessoa idosa em âmbito hospitalar e domiciliário. Foi pedida autorização às

Direcções de Enfermagem respectivas e dado conhecimento dos objectivos do projecto a ambas as equipas.

No que concerne à implementação do projecto na Unidade de Cuidados Continuados em Almada, foi pedida autorização para o mesmo à Direcção de Enfermagem da instituição, bem como ao Sr. Enf. Chefe do serviço. A equipa foi informada dos objectivos e finalidade do projecto, para o qual se pretendia a sua participação, embora tenha sido com o enfermeiro responsável pelo meu acompanhamento que maior contacto, reflexão e discussão se produziu.

Na prestação de cuidados às pessoas idosas e famílias foram observados os princípios éticos da beneficência, não-maleficência, justiça, respeito pela autonomia e vulnerabilidade. Existiu sempre a preocupação de respeito pelos valores humanos, pelo direito à vida e qualidade da mesma, pelo direito à autodeterminação e sigilo. O anonimato e sigilo da informação obtida junto dos clientes e equipa de enfermagem foi salvaguardado tendo sido obtido o consentimento verbal de ambos para o efeito.

Na implementação do projecto foram observados os princípios expostos no Código Deontológico dos Enfermeiros, nomeadamente:

- No Artigo 89º do Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2003:107) - Da humanização dos cuidados –o enfermeiro deverá: “a) Dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade”;
- No Artigo 81º (OE, 2003:107) - Dos valores humanos – o enfermeiro deve assumir o dever de: “c) Salvaguardar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica e social, e o autocuidado com o objectivo de melhorar a sua qualidade de vida”.

Após esta breve contextualização, irei fazer a caracterização nas vertentes físicas e ambientais de cada um dos locais que permitam ao leitor um melhor enquadramento da realidade vivida e experienciada, bem como a análise das metodologias de trabalho e constituição das equipas, visto a organização dos cuidados que fomentam a qualidade dos mesmos dá resposta ao 6º enunciado descritivo dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

### **3.1 – Unidade de Cuidados Paliativos**

Esta Unidade é uma unidade de Cuidados Paliativos de Nível II e tem vindo a tornar-se um espaço de referência nos cuidados de saúde a pessoas com problemas geriátricos complexos e cuidados paliativos, fazendo parte da RNCCI. Tem internamento próprio e os cuidados são prestados por equipas diferenciadas com formação em cuidados paliativos, que garantem disponibilidade e apoio durante 24 horas.

A equipa multidisciplinar, com formação diferenciada em cuidados paliativos, inclui médicos, enfermeiros e técnicos indispensáveis à prestação de um apoio global, nomeadamente nas áreas social, psicológica e espiritual (PNCP, 2005), tem como objectivo promover a autonomia, o bem-estar e a qualidade de vida dos doentes e seus familiares que fazem parte integrante da equipa.

Os planos de cuidados são estabelecidos nos primeiros dias de internamento, após avaliação das necessidades médicas, de cuidados de enfermagem, funcionais, psicológicas e sociais de cada cliente, com a participação activa do mesmo e sua família. Esses planos são depois implementados pelas equipas com constituição específica de acordo com as necessidades individuais apresentadas. São efectuadas reavaliações periódicas, quinzenais ou mensais, se necessário em conferência familiar, ajustando os objectivos a atingir, reforçando os ganhos conseguidos e planeando as intervenções futuras. Estas reavaliações são fundamentais para que toda a equipa, incluindo o idoso e a família, esteja sintonizada nos resultados esperados, independentemente de quais forem.

O estágio decorreu de 27 de Setembro a 22 de Outubro, num total de dez turnos.

A caracterização da Unidade de Cuidados Paliativos encontra-se no ANEXO I.

O serviço onde desenvolvi o estágio (Piso 1) apresenta maioritariamente situações geriátricas complexas, situações de reabilitação pós acidente vascular cerebral e algumas situações em cuidados paliativos. A enfermeira responsável pela minha orientação não é enfermeira especialista mas é perita em cuidados a pessoas em situação terminal. Possui formação avançada em cuidados paliativos e é a responsável do serviço. A organização do serviço de Enfermagem cabe à Sr.ª Enf. Directora e a implementação é partilhada com os responsáveis dos serviços, que acumulam com a prestação directa de cuidados. Os dias de estágio foram negociados com a orientadora de acordo com o seu horário e as minhas disponibilidades, visto

o estágio acumular com a minha actividade profissional habitual em que o horário praticado é fundamentalmente de manhãs.

A equipa tem 15 enfermeiros, cuja experiência profissional é maioritária em pessoas com patologia crónica e terminal em regime de internamento.

A integração na equipa decorreu durante a primeira semana sem problemas, correspondendo ao conhecimento do serviço, da equipa, métodos de trabalho e outros recursos da instituição. Ao nível destes últimos existe a possibilidade de usufruir de cabeleireiro, manicure, pedicure. Existe ao nível da alimentação a possibilidade de escolha da ementa de acordo com os gostos e necessidades individuais específicas. Estas possibilidades que traduzem a manutenção de hábitos de vida promovem a personalização de cuidados e sensação de bem-estar. O método de trabalho pretendido é o de enfermeiro de referência, por se considerar importante o estabelecimento de uma relação privilegiada enfermeiro-cliente/família, mas na prática o método de trabalho é o de enfermeiro responsável, devido à rotatividade de enfermeiros já explicitada na constituição da equipa, que limita a manutenção de um enfermeiro continuamente na prestação de cuidados a um determinado cliente/família.

O serviço comporta 34 utentes, e estão distribuídos por 20 quartos individuais e 7 quartos duplos. A distribuição dos recursos humanos é feita de acordo com os graus de dependência no início do turno. Habitualmente o rácio enfermeiro/doente é de 1/6 ou 1/7 e a responsável de serviço conta como elemento efectivo. Na tarde o rácio é de 10 ou 11/1, e na noite 17/1. O rácio enfermeiro/doente nem sempre é suficiente porque quando existem clientes em estadio terminal, em que utentes e família necessitam de mais cuidados e apoio do enfermeiro responsável, a equipa passa a funcionar à tarefa.

Posto isto, passarei a enumerar os objectivos traçados e as actividades desenvolvidas para lhes dar resposta.

O objectivo geral:

- ❖ Analisar criticamente os cuidados que as pessoas em fim de vida recebem num contexto estruturado para atingir essa finalidade.

#### Actividades desenvolvidas nas 1ª e 2ª semanas:

- Colaboração na prestação de cuidados globais aos doentes do serviço atribuídos à enfermeira que eu acompanhava, independentemente do seu diagnóstico.

Esta abordagem pareceu-me importante para melhor conhecer a equipa, para me dar a conhecer, permitir uma análise crítica das intervenções realizadas e perspectivar as intervenções futuras. Simultaneamente foi feita consulta dos processos clínicos dos doentes atribuídos como forma de conhecer mais profundamente as situações que motivaram o internamento, o plano de cuidados estabelecido e as intervenções a realizar.

De salientar como relevante a elaboração do plano de cuidados pela equipa multidisciplinar em conjunto com o cliente e família. Esta abordagem permite a coerência com o código deontológico do enfermeiro<sup>38</sup> (Artigo 81.º c) Salvaguardar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica, social e o autocuidado, com o objectivo de melhorar a sua qualidade de vida; Artigo 82.º - c) Participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida; Artigo 84.º- b) Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado e Artigo 91.º- b) Trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde e c) Integrar a equipa de saúde colaborando, com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços).

A existência de conferência familiar é outra diferença relativamente ao meu contexto. Realiza-se com quase todas as famílias e permite, segundo Neto (2003), reunir vários membros da família, clarificar a comunicação, facilitar a adesão terapêutica, melhorar o controlo sintomático e diminuir o sofrimento experimentado por todos. Podem ainda prestar-se informações, esclarecer detalhes e rever a situação clínica, para perceber o que os elementos já sabem e qual o entendimento que têm da situação. Também é importante para validar emoções e discutir as opções de resolução dos problemas, sempre de acordo com a vontade do doente, facilitando os consensos.

O plano de cuidados visa dar resposta às necessidades identificadas. Os objectivos traçados são explícitos e estabelecem-se metas temporais pelo que os resultados obtidos são objectivos e mensuráveis. O plano estabelecido tem em conta a rentabilização dos recursos do próprio e os da instituição com vista à melhor qualidade de vida possível. Esta é considerada enquanto recuperação funcional, nos casos em que isso é possível, ou manutenção de conforto, através da dignificação da morte e apoio efectivo à família, quando a abordagem curativa já não faz sentido. A participação específica da enfermagem tem como contributos a prestação de

---

<sup>38</sup> Código Deontológico - (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro), 2003



cuidados holísticos intervindo nas dimensões física, psicossocial e espiritual dos clientes e apoiando a família. A avaliação da dependência na satisfação das AVDs, as estratégias utilizadas anteriormente, os aspectos particulares, gostos e preferências dos clientes ficam registados no histórico de enfermagem. Esta abordagem é consistente com uma orientação de cuidados centrada no paciente porque o mesmo participa nos seus cuidados e estes respondem às suas necessidades específicas.

A literatura revela que o cuidado centrado no cliente é uma abordagem que visa responder às necessidades individuais do mesmo. O cuidado é personalizado, respeita as suas preferências e valores, incentiva à participação no seu autocuidado e nas decisões que lhe dizem respeito (Sidani, 2008), o que só é possível através do conhecimento profundo do cliente, da sua história e condição psicossocial. Permite a obtenção de dados fulcrais para o planeamento de intervenções individualizadas de apoio e suporte, bem como acções de educação para a saúde (Collière, 2001; Sidani, 2008). Quando implementada esta filosofia de cuidados os clientes consideram os cuidados prestados como sendo de elevada qualidade mostrando-se mais satisfeitos com o sistema de saúde (Davies, 2004; Sidani, 2008).

A enfermagem também considera a satisfação dos clientes como primordial, sendo o primeiro enunciado descritivo dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem<sup>39</sup> e um dos indicadores de resultado para os cuidados de enfermagem prestados<sup>40</sup>.

Quando a complexidade das situações apresentadas ultrapassa a esfera de actuação da equipa minor (enfermeira, médico, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta) integram a equipa outros profissionais de acordo com as necessidades dos clientes (dietista/nutricionista, psicólogo, assistente social ou capelão).

No serviço onde exerço funções a apreciação que posso fazer é que os cuidados revelam ainda estar uma fase de transição entre a procura de cuidados individualizados e a oferta de cuidados fragmentados e cumprimento de tarefas. O paradigma biomédico é sobretudo perturbador no não envolvimento sistemático com as famílias face ao prognóstico e apoio necessário vital

Dei atenção ao tipo de registos que são em suporte de papel e na minha instituição são informáticos, mas os aspectos que realço no local de estágio relacionam-se com a importância

---

<sup>39</sup> OE - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, 2001

<sup>40</sup> OE - Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde

atribuída pela equipa à prevenção e antecipação de complicações, sejam de carácter fisiológico ou psicoemocional relacionados com hábitos de vida.

- As complicações derivadas da utilização de opióides, como a obstipação ou náuseas e vómitos, são sempre acompanhadas de prescrição de laxantes e anti-heméticos;
- Quando são previsíveis sintomas de depressão são reforçadas intervenções comunicacionais, prescritos antidepressivos e solicitado apoio psicológico se necessário;
- Quando é previsível agitação psicomotora ficam prescritos antipsicóticos em SOS;
- Quando existe diminuição da secreção de saliva é prescrita vitamina C, efectuada avaliação da cavidade oral e na presença de alterações da mucosa oral - ainda que em fase inicial- prescreve-se nistatina solução;
- Sempre que não é possível o reforço hídrico oral, por motivos físicos ou psicológicos é feita perfusão subcutânea nocturna de soroterapia (para minimizar os efeitos da desidratação na função renal já diminuída nos idosos, evitando efeitos cumulativos da terapêutica de base)

entre outros, que apenas representam cuidados de elevada qualidade a estes clientes.

Na prestação de cuidados globais:

- Pude participar no autocuidado de higiene e conforto (cuidados de manutenção de vida, de confortação e de parecer) dando relevo aos cuidados orais.

Esta actividade permitiu-me, através da observação participante, constatar que a equipa, particularmente os enfermeiros com formação em cuidados paliativos, atribui grande importância ao conforto, que segundo Apóstolo (2009:66) é o estado em que estão satisfeitas as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência. Também procede à avaliação da cavidade oral, embora de forma sumária e não sistemática, pesquisando lesões e realizando cuidados à boca, utilizando os acessórios disponíveis (alguns deles desconhecidos no meu contexto), introduzindo estratégias que minimizam a xerostomia e o desconforto, como o estímulo da ingestão hídrica faseada e frequente, utilizando golos de água fresca, a aplicação de pulverizações orais e utilização de vitamina C, pelo que favorecem o conforto físico e emocional do cliente. É mantida água no frigorífico para esse efeito e esta intervenção é transmitida em ocorrências e os cuidados prestados registados no diário de enfermagem.

- Avaliei criteriosamente as necessidades em autocuidados através da utilização de instrumentos de registo utilizados no serviço (Índice de Barthel – avaliar a capacidade funcional da pessoa nas AVD; Mini Mental State – avaliação da função cognitiva; Escala de Braden- avaliação do risco de úlcera de pressão; Escala de Morse - avaliação do risco de queda; Índice de Katz – avaliação da dependência das AVD; Escala de Lawton – avaliação da dependência nas AIVD) como forma de diminuir a subjectividade da avaliação, comprovar uma avaliação inicial baseada na observação e incorporar a investigação na prática clínica.

Esta avaliação, em conjunto com o conhecimento da história de vida da pessoa, permite compreender o que a pessoa ainda consegue assegurar, promovendo a sua autonomia e potenciando as capacidades apresentadas, através do estímulo, reforço positivo e ajudas através de cuidados de manutenção, compensação e estimulação (Collière, 2001). Permite ainda quantificar os progressos ao longo do tempo de acordo com os timings individuais.

Os objectivos de recuperação funcional e cognitiva, bem como os utensílios disponíveis, favorecem uma prática de cuidados em que são valorizadas e incentivadas as aquisições dos clientes, por oposição ao meu contexto em que o ambiente favorece uma prática de cuidados rotineiros em que não se valoriza, a maior parte das vezes, o facto de o cliente ser pessoa e poder decidir que tipo de cuidados necessita, sendo substituído por completo na realização das suas actividades mesmo quando tal não é necessário.

- Estive atenta às situações em que é solicitado apoio nos cuidados estéticos como cabeleireiro, manicure ou pedicure, pela importância que podem ter enquanto cuidados de parecer e pela influência positiva na autoestima e auto-imagem (Collière, 2001).
- Informei o médico assistente das alterações que necessitavam da sua intervenção, oralmente aquando da visita diária, através das notas de enfermagem, e em livro de informações que o mesmo consulta diariamente. As situações comunicadas referiram-se à existência de dor apesar da terapêutica instituída, obstipação, efeitos secundários de terapêutica, estado da cavidade oral com propensão para candidíase, estado emocional do utente, dúvidas da família e pedidos de conferência familiar.

O problema da dor afecta 1/3 da população idosa, podendo atingir 55 a 90% da população com patologia oncológica (OMS, 2004)<sup>41</sup>. Continua sub-diagnosticada e por isso sub-tratada, com influência negativa na saúde dos idosos e limitando as suas actividades. As comorbilidades e aspectos socioculturais nos idosos influenciam a sua capacidade de valorizar e

---

<sup>41</sup> What are the palliative care needs of older people and how might they be met?, WHO, 2004

verbalizar a dor, que assumem como fazendo parte do envelhecimento e como tal tendo que ser suportada.

A dor é definida pela International Association for the Study of Pain (IASP), como “uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas, também, um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial...” (DGS, 2007).<sup>42</sup> A importância que se lhe tem vindo a atribuir nos últimos anos levou à criação da Circular Normativa N° 09/DGCG de 14/06/2003 que define “A Dor como 5º sinal vital” e considera “o controlo eficaz da Dor um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efectiva humanização das Unidades de Saúde” recomendando o registo sistemático da intensidade da mesma. No entanto, a aplicação de escalas específicas para avaliação da dor em idosos não está implementada neste contexto, utilizando-se maioritariamente a avaliação segundo a escala numérica.

➤ Questionei os fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais acerca dos progressos na recuperação individual e entrevista com os clientes para detectar obstáculos à adesão ao seu plano de cuidados, reais ou apenas percebidos;

O problema da não-adesão decorre da relação entre 5 factores: socioeconómicos, sistema de saúde e equipas de saúde, situação clínica, complexidade das terapêuticas e individuais. Os relacionados com a equipa de saúde decorrem da relação de confiança estabelecida entre o cliente-profissional e dos conhecimentos, capacidades e habilidades deste na gestão de doenças crónicas (OMS, 2003),<sup>43</sup> pelo que deve ser valorizado e incentivado o consentimento informado e o direito à autodeterminação, respeitando o princípio da não maleficência para evitar o abandono. Uma abordagem multiprofissional é considerada facilitadora da adesão.

➤ Tive oportunidade de prestar cuidados em profundidade a um doente em fim de vida, colaborando na “titulação de analgesia”, avaliação dos efeitos da mesma e administração de terapêutica por via subcutânea.

As dificuldades vivenciadas prenderam-se com as disponibilidades temporal e mentais exigidas, sendo necessário transmitir à pessoa que é única e que estamos ali por ela, com todo o tempo do mundo, através de uma “presença empenhada” (Chochinov, 2006) no tempo que lhe resta. Os cuidados de conforto à boca operacionalizaram-se na suspensão da terapêutica indutora de xerostomia utilizada no controlo de patologia concomitante à oncológica,

---

<sup>42</sup> Programa Nacional de Controlo da Dor, DGS 2007

<sup>43</sup> Adherence to long-term therapies: evidence for action, WHO, 2003

hidratação frequente, mantendo sempre no frigorífico garrafas de água do doente, que são substituídas periodicamente, a fim de que esteja sempre fresca. Quando deixou de poder ser utilizada a via oral realizei mais intensamente os cuidados orais como manutenção do conforto e foi pedido à família que trouxesse um pulverizador, para ser mais confortável a hidratação da cavidade oral, nesta fase, visto as lesões da cavidade oral serem causa de morbidade e diminuírem o bem-estar físico e psicológico (WHO,2006; Saini,2009; Heath,2011). As estratégias utilizadas passam muitas vezes pela utilização de “tecnologias simples” adaptadas às necessidades das pessoas (Collière, 1999).

Esta situação, por ocorrer num contexto de cuidados paliativos, permitiu o contacto com algumas intervenções que dignificam a morte, como a preocupação com um controlo sintomático adequado, a presença da família, a privacidade e cuidados adequados e acompanhamento no luto.

Por outro lado, fez-me reflectir no que a morte significa para mim e que emoções me suscita. A situação de estudante que foi promotora de reflexão, o que no contexto diário de trabalho nem sempre é possível mas é desejável que aconteça, porque de acordo com Fonseca (2011), para que o enfermeiro possa pôr em prática estratégias de apoio à família da pessoa em fim de vida não deve descurar as suas vivências emocionais aquando da prestação de cuidados à pessoa em fase terminal e família, que é referido por Collière (1999) como o corpo do enfermeiro ser um instrumento ao serviço do cuidado.

Este estágio permitiu-me a prestação de cuidados a doentes em situação de dependência em áreas clínicas geriátricas complexas e na área dos cuidados paliativos, oncológicos e não oncológicos em regime de internamento, integrada numa equipa alargada. Os constrangimentos decorrentes do mesmo prenderam-se fundamentalmente com o pouco tempo de estágio para ultrapassar a fase de conhecimento mútuo, analisar criticamente as atitudes, comportamentos e procedimentos num ambiente desconhecido, em que pudesse ser para a equipa uma mais-valia enquanto enfermeira especialista à pessoa idosa.

### **3.2 – Unidade de Cuidados Continuados na comunidade**

A Unidade de Cuidados Continuados na Comunidade escolhida para estágio é considerada unidade de Cuidados Paliativos de Nível I, visto os cuidados serem prestados por equipas com

formação diferenciada em cuidados paliativos em regime domiciliário, sem estrutura de internamento próprio mas com espaço físico para sediar a sua actividade, podendo ser limitados à função de aconselhamento diferenciado (PNCP, 2005).

No estágio nesta unidade, o constrangimento temporal para compreender modos de cuidados em casa não usuais para mim, bem como o número de turnos realizados, não permitiram o acompanhamento significativo de um utente/família, embora tenha permitido o contacto com uma realidade social diversa, em que as ofertas sociais e de cuidados de saúde são diversas das experiências por mim vividas em contexto de trabalho.

A “zona de conforto” proporcionada pelo ambiente domiciliário dos utilizadores, aliado ao nível de conhecimento que as famílias possuem das situações e dos direitos que as assistem, torna-as mais exigentes e reivindicativas. Esta realidade obriga os enfermeiros a desenvolver e utilizar capacidades cognitivas, técnicas, comunicacionais e de negociação para poderem dar resposta às necessidades apresentadas pelos clientes e famílias. Em ambiente hospitalar é mais evidente uma atitude mais submissa dos clientes “justificada pela necessidade de acções decisivas de cura para prevenir a morte” (Carapinheiro,1998:108).

As áreas de maior contacto foram as situações geriátricas de grande dependência, sendo o valor do índice de Barthel um dos critérios de inclusão para seguimento pela equipa de cuidados continuados.

O acompanhamento pela equipa é feito após referenciação da ECL, com base nas necessidades identificadas na avaliação. Numa 1ª visita enfermeira faz uma avaliação da situação e prescreve os cuidados necessários bem como a frequência da prestação dos mesmos. O acompanhamento pode ser diário, 2 ou 3 vezes por semana, ou até semanal em casos em que já foi atingida maior autonomia.

Face ao tipo de cuidados que os doentes precisam os recursos humanos são suficientes e o método de organização dos cuidados é o de enfermeira de referência.

O acompanhamento directo por uma enfermeira especialista teria sido facilitador da aquisição de competências gerais e específicas de enfermeira especialista na prestação de cuidados em ambiente domiciliário, um contexto praticamente desconhecido para mim, tendo exigido da minha parte capacidade de negociação e assertividade.

Não obstante, o contacto com uma equipa experiente em cuidados continuados induziu em mim a necessidade de desenvolver conhecimentos e habilidades para transmitir confiança à equipa, tendo sido promotora do processo de questionamento que permitiu uma reflexão

crítica do ambiente de cuidados e das práticas desta equipa. As aprendizagens conseguidas derivaram das práticas de cuidados observadas, e das realizadas por mim, face a experiências anteriores, que levaram a constatar que o papel da enfermeira especialista neste contexto deverá ser o de recurso da equipa nas situações de maior complexidade fazendo uso da sua competência clínica.

A população contactada, na opinião da equipa, considera a prestação de cuidados como uma obrigação social, sendo que utilizam todas as ofertas de cuidados de saúde e apoio social existentes, manifestando alguma relutância em se envolver e assumir o papel de cuidador familiar, não demonstrando adesão a comportamentos, adaptação a procedimentos, delegando essa responsabilidade nos cuidadores contratados. Sobre isto a investigação começa a revelar a importância do cuidador familiar como alvo de atenção dos cuidados dos enfermeiros, pois sem suporte e orientação de proximidade a pessoa do cuidador familiar e família poderão entrar em *burden*. Mais à frente fundamento este problema de saúde pública relativo ao cuidador familiar.

Esta realidade pode ser devida a:

- Conceção de cuidados da equipa, que não procura identificar com as pessoas as suas reais necessidades de cuidado;
- Dependência biológica e social, derivadas da evolução científica na área da saúde que induziu maior farmacodependência, desconhecimento e falta de iniciativa para resolução de situações simples (Collière,2001) em áreas geográficas próximas de grandes centros urbanos, com o recurso a instituições que substituem a família;
- Sobrecarga do cuidador familiar, que se pode manifestar por sintomas físicos e/ou emocionais, como depressão, agravamento de condições físicas pré-existentes, cansaço, alterações de humor, isolamento dos contactos sociais (Inocenti, 2009; Wang, 2011; Lau, 2011);
- Dificuldade em vivenciar um processo de morte de um ente querido (Proot,2003; Inocenti, 2009).

O ACES a que pertence esta Unidade de Cuidados Continuados na Comunidade possui 3 viaturas que são partilhadas com as USF's locais, gerindo os horários de manhã a UCC e de tarde de acordo com as necessidades de ambos sendo adequados às necessidades de deslocação.

O objectivo delineado para o estágio foi:

- ❖ Desenvolver competências clínicas na área dos cuidados à Pessoa Idosa em fim de vida, em contexto domiciliário.

Para dar cumprimento a este objectivo desenvolvi as seguintes actividades:

1 – Colaboração na prestação de cuidados globais aos doentes atribuídos à enfermeira que me orientava.

Na 1ª semana traduziu-se em:

- Observar de forma crítica os cuidados prestados pela enfermeira para conhecer os utentes e famílias objecto de cuidados;
- Analisar a dinâmica de funcionamento da equipa e a mobilização dos recursos disponíveis.

Na 2ª semana:

- Observar de forma crítica a avaliação das necessidades das pessoas idosas e famílias bem como o tipo de cuidados possíveis de serem oferecidos pelo sistema de saúde.

Verifiquei que numa situação particular o horário em que nos deslocávamos a casa de uma utente nem sempre foi o adequado à prestação dos cuidados em questão. Ou seja, a realização de tratamento a uma úlcera de pressão na região sagrada era sempre feita antes da vinda do apoio domiciliário para auxílio nos cuidados de higiene e eliminação, o que colocava problemas na manutenção da integridade do penso, propiciando infecção e retardando a cicatrização.

Este facto devia-se à conjugação de diversos factores como sendo a hora a que a cuidadora estava disponível para receber a equipa, a disponibilidade da pessoa que prestava o apoio aos cuidados de higiene e a atitude de desconfiança face aos cuidados prestados e orientações da equipa.

Ao questionar a enfermeira sobre a possibilidade de adequação do horário da equipa a esta necessidade, foi-me explicado que esta cuidadora demonstra uma atitude pouco favorável aos ensinamentos realizados, procurando junto de outros profissionais uma opinião que considere mais consentânea com a sua.

A cliente apresenta UP de localização sagrada e os cuidados à mesma são diários. Neste momento a UCC não funciona ao domingo, pelo que recorre a uma enfermeira conhecida para



o efeito, questionando a equipa porque não utilizar os mesmos procedimentos que ela. Os procedimentos utilizados não se encontram de acordo com as guidelines de prevenção e tratamento de úlceras de pressão da NPUAP/EPUAP, pelo que existe um conflito de interesses entre a cuidadora e a equipa.

Fiquei sensibilizada para a dificuldade de hidratação da cliente por parte da filha, devido às alterações cognitivas apresentadas pela mesma, o que poderá ser fonte de ansiedade e angústia e difícil de gerir por quem a acompanha 24h/dia. Estes argumentos não são reconhecidos e valorizados pela equipa que os considera como comportamentos de não-adesão.

Para compreender a atitude da filha e os problemas subjacentes seria necessário mais tempo para o estabelecimento de uma relação de confiança onde se validassem as necessidades e dificuldades que sente na prestação de cuidados e delineasse em conjunto um plano de cuidados com a clarificação dos objectivos deste e o contributo possível por parte da equipa, tal como referido por Almeida (2006) “... chega de impor as nossas vontades e o que achamos melhor para o utente, passando a consultá-lo, ouvi-lo, mostrando abertura e uma relação de proximidade, de parceria na concretização do seu projecto de saúde ...”.<sup>44</sup>

As hipóteses levantadas para justificar as atitudes da cuidadora familiar podem ser encontradas na revisão da literatura onde é referido que as necessidades dos cuidadores familiares são as relacionadas com o conforto, informação acerca da doença e evolução esperada, cuidados práticos à pessoa dependente, apoio emocional e comunicação, entre outros (Aoun, 2005; McIlpatrick, 2006; Kalnins, 2006; Fridriksdottir, 2006; Hudson, 2008; Nguyen, 2009). Alguns estudos relatam que os comportamentos de adesão estão mais relacionados com factores como o tempo de contacto, a continuidade dos cuidados, o tipo de comunicação utilizado, as características e personalidade do profissional, e que são muito mais importantes que o sexo, o estado civil, a idade, a escolaridade ou o estado de saúde apresentado (OMS, 2003).

Não podemos contornar também a probabilidade de sobrecarga do cuidador familiar que aumenta à medida que a fase final de vida se aproxima (Proot, 2003) sendo que algumas das estratégias para suporte da família, minimizando o risco de sobrecarga, passarão

“pelo envolvimento nos cuidados, o investimento na comunicação e no estabelecimento de uma relação de parceria, interactiva, dinâmica, disponível e de responsabilidade partilhada, mobilizando as capacidades e potencialidades da mesma como um recurso” (Fonseca, 2011:183),

---

<sup>44</sup> Comunicação proferida por Helena Almeida no 2º PAINEL do II CONGRESSO DA ORDEM DOS, Maio 2006

através de uma abordagem de cuidados centrada no cliente.

Na 3ª semana as actividades englobaram ainda

- Questionar a tipologia de intervenções utilizadas procurando saber qual o resultado esperado em cada situação;
- Ter uma atitude de melhoria contínua dos cuidados junto da equipa, face às necessidades por mim identificadas procurando saber de que formas eram satisfeitas ou encaminhadas.

Na última semana tive oportunidade de acompanhar uma pessoa e família em cuidados paliativos (APÊNDICE IV).

A equipa apresenta um desempenho em que se destacam as intervenções autónomas que, de acordo o referencial do enfermeiro na RNCCI, “substituem, ajudam e complementam as competências funcionais das pessoas em situação de dependência na realização das suas necessidades fundamentais”<sup>45</sup>. Orienta a sua intervenção para a satisfação dessas necessidades ajudando a pessoa/alvo de cuidados a construir o seu projecto de saúde pela prossecução da máxima independência na realização das suas actividades da vida, “frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente/família” (OE,2001). Estes processos de aprendizagem podem ser dirigidos à readaptação e adaptação funcional aos défices, bem como “evitando complicações, agravamentos ou recaídas, retardando complicações da Diabetes ou recaídas de infecções urinárias” através da constatação que “toda a situação de cuidados encontrada em casa das pessoas pode levar à prevenção secundária ou terciária, por meio de uma acção educativa” Collière (2001:364).

### **3.3 – Unidade de Cuidados Continuados em Almada**

A escolha da Unidade de Cuidados Continuados em Almada para local para estágio teve como razões primordiais

- As características da população que a unidade acompanha (cerca de 70% dos doentes têm idade igual ou superior a 60 anos e 20% dos mesmos são referenciados para cuidados paliativos) e
- A convicção pessoal, suportada na bibliografia consultada, de que são necessárias novas abordagens de organização de cuidados abandonando a cultura hospitalocêntrica, “cuja

---

<sup>45</sup> Ordem dos Enfermeiros- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: Referencial do Enfermeiro, Março de 2009

prioridade são as actividades de diagnóstico e tratamento da doença” (Silva,2007:15) e apostando em cuidados de proximidade, investindo “nas respostas às necessidades das pessoas dependentes de autocuidado no domicílio” (Silva,2007:15) porque “a impossibilidade de acesso a cuidados dirigidos a este tipo de necessidades básicas tem reflexos negativos na saúde e na qualidade de vida das pessoas e traduz-se mais cedo ou mais tarde em mais necessidades de cuidados de saúde e de mais difícil satisfação” (Silva,2007:16).

A missão da Unidade é:

“Contribuir para o melhor nível possível de saúde e bem-estar dos indivíduos que necessitem de cuidados continuados de saúde, oferecendo-lhes um serviço de qualidade que lhes permita permanecer no seu domicílio ou a ele regressar sempre que o internamento não seja imprescindível”<sup>46</sup>.

A equipa da Unidade de Cuidados Continuados em Almada é constituída por 1 enfermeiro chefe, 4 enfermeiros, 1 assistente social e 1 administrativa. Articula-se com todos os serviços da instituição, com os Centros de Saúde e com a pessoa/família, o que possibilita aos enfermeiros que aí trabalham uma visão integrada do conjunto dos problemas de saúde da população que cuidam. Funciona 365 dias por ano das 7 às 24h.

O rácio enfermeiro/doente é variável e nem sempre fácil de gerir devido às distâncias. A área geográfica abrangida engloba Almada, Seixal, Sesimbra e Quinta do Conde, para situações de cuidados que os Centros de Saúde (C.S.) não conseguem apoiar, pela complexidade e horários, existindo casos de articulação entre os CS e a Unidade de cuidados continuados em Almada, em que durante a manhã são assegurados pelas equipas dos C.S. e na tarde pela referida unidade. As situações consumidoras de mais tempo, pela distância e horários devem-se a administração de terapêutica endovenosa, em duas ou três tomas diárias e alimentações parentéricas, proporcionando altas hospitalares mais precoces em pessoas cujo motivo de internamento se prende com a realização dessas terapêuticas. Estas situações são geradoras de alguma insatisfação por parte dos enfermeiros que não conseguem dar o apoio que consideram necessário às pessoas portadoras de doenças crónicas e respectivas famílias, que fazem parte da área autónoma mais valorizada pela equipa, e que teve um grau de satisfação, atribuível aos clientes e família, acima de 95% nos últimos 3 anos.

---

<sup>46</sup> Dados estatísticos da Unidade de Cuidados Continuados em Almada apresentados nas 2<sup>as</sup> Jornadas do HGO, 2009

A equipa é “perita” com largos anos de experiência profissional em áreas diversas, e com mais de três anos de experiência na Unidade. De acordo com Benner (2001:58-60) “O enfermeiro perito age a partir de uma compreensão profunda da situação global, passando do estado de compreensão da situação ao acto apropriado, é maleável e mostra um elevado nível de adaptabilidade e competências. Dá opiniões clínicas e gere situações complexas com mestria”. As situações que vivenciei em contexto domiciliário exigem a mobilização de conhecimentos e competências nas áreas médica, humana, psicossocial e a capacidade de ajudar as pessoas a lidar com as dependências na satisfação das necessidades humanas fundamentais, ultrapassando-as ou gerindo-as da forma que lhes é mais satisfatória. A capacidade de reconhecimento das inter-relações e influências das mesmas com as respostas que as pessoas/famílias necessitam, adquirida pela vivência, reflexão e resolução de situações similares, torna os enfermeiros desta Unidade peritos no cuidado de enfermagem domiciliário.

Os registos são efectuados em suporte de papel, mas de acordo com a linguagem CIPE, em uso na instituição. De acordo com o tempo disponível e o nº de pessoas a visitar, podem ser feitos em casa dos clientes, na viatura ou no final do turno quando regressam à base. Os sistemas de informação em enfermagem, com utilização de linguagem classificada, permitem a obtenção de dados fundamentais para a produção de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem. Os indicadores monitorizados na Unidade estão explicitados no ANEXO IV e são recolhidos nos processos dos clientes pela secretária de unidade e pela chefia. Os dados de satisfação dos clientes e família são obtidos através de entrevista telefónica, feita pela secretária de unidade quinze dias após o término do acompanhamento pela unidade. A existência destes indicadores permite a valorização da equipa, a comparação de níveis de desempenho ao longo do tempo, são fonte de melhoria contínua dos cuidados e justificar financeiramente a utilidade da unidade junto da administração.

A unidade de cuidados continuados em Almada, embora estrutural, física e funcionalmente dependente do hospital não tem um perfil hospitalar visto a prestação de cuidados ser feita em contexto domiciliário, incidindo maioritariamente nas intervenções autónomas, centradas na tomada de decisão do enfermeiro. Estas intervenções são as relacionadas com os **cuidados de acompanhamento** (que podem ser de estimulação, desenvolvimento, suporte, apoio ou manutenção de vida - em etapas da vida, crises, ruturas, mudanças irreversíveis e quando surge a doença) que são por excelência os cuidados prestados às pessoas em fim de vida e “exigem conhecimentos vastos dos processos fisiológicos, psicoafectivos e culturais” (Collière,2001:208).

As intervenções de enfermagem mais valorizadas pela equipa de enfermagem são as relacionadas com o conhecimento demonstrado e aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados em áreas como a gestão do regime medicamentoso, prevenção da úlcera de pressão, prevenção de complicações da imobilidade, entre outros, muito vocacionadas para a recuperação de autonomia e facilitação da adequação do papel de prestador de cuidados. Nas situações de fim de vida são valorizadas também as intervenções de apoio psicoafectivo e suporte que permitem o conforto e melhor qualidade de vida possíveis. Constatou-se que as intervenções mencionadas se relacionam com os cuidados de acompanhamento referidos.

Outros autores também corroboram estas intervenções ao referir que as necessidades sentidas pelos cuidadores se referem à capacitação em actividades instrumentais e utilização de ajudas técnicas (Nguyen,2009; Hudson,2008; Fridriksdottir,2006; McIlfatrick,2006; Kalnins,2006; Aoun,2005), às necessidades de comunicação, apoio emocional e financeiro, conforto do paciente e apoio dos serviços comunitários, que embora sejam realizados pelos enfermeiros não evidenciam a mesma importância verificando-se que nem sempre são registadas nos processos dos clientes.

O estágio decorreu de 24 de Novembro de 2010 a 11 de Fevereiro de 2011, num total de 35 turnos.

Para a concretização dos objectivos do estágio:

- ❖ Desenvolver competências clínicas na área dos cuidados à Pessoa Idosa em fim de vida, em contexto domiciliário;
- ❖ Desenvolver competências específicas de motivação da equipa e a introdução de um cuidado de qualidade nos cuidados `pessoa idosa em fim de vida;

Desenvolvi um conjunto de actividades que incluíram no 1º mês:

- Percepcionar os motivos da não valorização dos cuidados à boca pelos enfermeiros;
- Realizar sessão de apresentação do projecto de estágio;
- Sensibilizar a equipa para a importância dos cuidados à boca como estratégia de conforto, em especial no fim de vida;
- Dar visibilidade às intervenções de enfermagem nos cuidados à boca: através da utilização de um guia de observação da cavidade oral (OAG), da prescrição de intervenções personalizadas e registo das mesmas no padrão documental em uso;

- Aplicar os instrumentos de avaliação da pessoa idosa utilizados na unidade (escalas de Braden, Morse, Coma-WHO, Barthel, Ranking modificada), e outros considerados adequados a situações específicas (ex. Avaliação nutricional e Sobrecarga do cuidador) para intervir junto dos clientes com uma prática baseada na evidência;
- Acompanhar a prestação de cuidados ao domicílio dos idosos e família, referenciadas à mesma para cuidados paliativos, com o enfermeiro da unidade;
- Observar, analisar e interpelar alguns dos os comportamentos, atitudes e competências da equipa, no sentido de compreender a complexidade do cuidado de enfermagem em casa.
- Conquistar a confiança da equipa e das pessoas cuidadas;

No 2º mês, seleccionar situações de cuidados que me permitam desenvolver competências de especialista. Destaco especialmente as aprendizagens...

- Colaboração activa na prestação de cuidados no domicílio através de uma avaliação mais profunda das necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa e família em situações clínicas complexas, negociação com as mesmas do plano de cuidados, execução do plano elaborado e avaliação da eficácia das intervenções de Enfermagem realizadas, na área da prática clínica.

A revisão sistemática da literatura e as leituras realizadas ao longo do estágio, permitiram uma apropriação cognitiva que me tornou mais atenta aos problemas das pessoas cuidadas e famílias, em especial as necessidades não verbalizadas, potenciando o desenvolvimento de competências e permitindo uma reflexão crítica e introdução da investigação na minha prática.

- Adoptei uma postura que pudesse ser de exemplo para os colegas, em especial nos cuidados à boca das pessoas cuidadas e dei visibilidade às intervenções realizadas, através dos registos de enfermagem, em especial nos cuidados à boca nas pessoas em fim de vida, agindo como elemento de recurso e referência para a equipa nesta área de cuidados.

No 3º mês as aprendizagens mais significativas, na área da prática clínica, derivaram da reflexão sobre as intervenções no acompanhamento de clientes e famílias que desenvolvi, explicitadas nos Apêndices VI e VII, das quais destaco a utilização de instrumentos de análise para clarificação da situação de cuidados que serviram para elaborar o plano de acompanhamento.

A clarificação fundamentou-se essencialmente nas informações obtidas acerca da pessoa/família sujeitos de cuidados, da doença que a afecta, o que sabe acerca da mesma, das limitações funcionais que causa e do meio ambiente/comunidade em que está inserida. Permitiu analisar as possibilidades de autonomia da pessoa: o que consegue fazer sozinha, com ajuda e de que tipo e o que já não consegue fazer, tendo sido basilar no planeamento e implementação de cuidados que desenvolvi, através de cuidados de manutenção, reparação, estimulação, conforto, parecer e apaziguamento (Collière,2001), individualizados e personalizados. Permitiu ainda analisar a forma como os cuidadores familiares vivenciam este seu papel, e que necessidades apresentam (físicas, psico-emocionais, financeiras e espirituais).

As áreas da formação e gestão operacionalizaram-se na avaliação da mudança de comportamento dos enfermeiros através da análise dos registos efectuados em “cuidados à boca” (APÊNDICE VIII), permitindo validar as necessidades de formação e investir na melhoria contínua através da introdução de um cuidado de elevada qualidade.

O desempenho ao nível de peritos dos enfermeiros d Unidade induziu em mim um sentimento e desejo de aprendizagem pelo menos ao nível e competente. Tal necessidade condicionou que passasse bastante tempo na prestação de cuidados sob orientação para ganhar a confiança da equipa, salvaguardando os princípios éticos de em ambiente domiciliário e trabalhando sozinho o enfermeiro deve sentir segurança na avaliação dos clientes, no juízo clínico e na tomada de decisão.

Esta opção influenciou positivamente a opinião da equipa acerca do meu desempenho, que assim se tornou mais receptiva às minhas observações, análises críticas e sugestões mas induziu a que o tempo disponível para investir na mudança de práticas fosse limitado.

O **diagnóstico de situação** foi abordado primeiramente de forma empírica através da minha percepção, mas consolidado através da observação participante, recurso à revisão sistemática da literatura e auditoria dos processos de clientes em acompanhamento pela Unidade (n=20) na primeira semana de estágio. A escolha pela observação participante teve por base ser uma “observação que permite a identificação do sentido, orientação e dinâmica de cada momento facilitando a apreensão do real” (Correia,2009)<sup>47</sup>.

A opção metodológica adoptada permitiu-me compreender a complexidade de cuidar no domicílio e confirmar que “os cuidados à boca são um aspecto negligenciado pelos enfermeiros” e “são desconhecidos enquanto estratégia de conforto”. São valorizados nas

---

<sup>47</sup> Pensar Enfermagem Vol. 13 N.º 2, 2º Semestre de 2009



situações de final de vida de pacientes oncológicos, mas existe desconhecimento de algumas das estratégias possíveis de utilizar pelo que não são oferecidas à família.

Pela observação informal pude concluir que os cuidados à boca são negligenciados por serem considerados parte dos cuidados de higiene, e a execução deste cuidado ser realizada pela família ou por terceiros. O conforto físico é abordado através do alívio da dor com terapêutica medicamentosa, posicionamentos e mobilizações antiálgicas, recorrendo esporadicamente, a massagem de relaxamento e a existência de desconforto oral é desconhecida enquanto barreira à esperança e causa de desconforto emocional. As entrevistas semiestruturadas poderiam ter sido um recurso valioso para perceber porque não são valorizados os cuidados à boca pela equipa, visto da minha constatação poder ser retirada uma conclusão que não corresponde fielmente à realidade.

A revisão sistemática da literatura demonstrou que os cuidados à boca são frequentemente negligenciados e deixados à responsabilidade do paciente ou de pessoal menos preparado (Paulsson,2008), uma deficiente higiene oral potencia problemas como desconforto, propensão para infeções e diminuição de qualidade de vida (Weidlich, 2008; Stout,2009; Saini,2009) e que a presença de dor ou desconforto influenciam a esperança em doentes em fim de vida (Serrano,2009). A auditoria dos processos existentes (n=20) revelou que em nenhum deles existia avaliação da cavidade oral ou registo de intervenções dirigidas à mesma, o que está de acordo com os resultados da pesquisa realizada.

Iniciei este percurso na Unidade de Cuidados Continuados em Almada, acompanhando o enfermeiro de serviço nas deslocações agendadas para o turno, inicialmente como observadora participante mas adquirindo um papel mais interventivo e autónomo à medida que o tempo foi passando.

A participação na prestação de cuidados aos clientes permitiu-me desenvolver competências na área da prática clínica e aprofundar de conhecimentos sobre a complexidade do cuidado no domicílio. A consolidação de competências, comportamentos e atitudes alicerçou-se na realização de estudos de caso, com elaboração de planos de cuidados e notas de campo das pessoas/famílias que acompanhei (APÊNDICES VI E VII). Apliquei ainda um instrumento de registo específico para observação da cavidade oral das pessoas (OAG), apenas com carácter académico, para sistematização das observações, visto não estar validado para a população portuguesa, planeando as intervenções a implementar, em conjunto com a própria ou cuidadores.



Os clientes que tive oportunidade de contactar apresentavam como um dos problemas maior a Xerostomia, sendo consequência directa da idade ou de doença sistémica como a diabetes, ou de efeitos secundários da terapêutica utilizada no controle de doenças preexistentes como a hipertensão arterial, a depressão ou a dor, como mencionado por UMCCI (2008) e Heath (2011).

Não pretendendo a validação de nenhum guia ou escala de avaliação, elaborei um guia auxiliar (APÊNDICE III), que validei com o colega responsável pela minha orientação, que orientasse na prescrição das intervenções a realizar, de acordo com a severidade das alterações existentes. As intervenções foram elaboradas de acordo com os dados encontrados na pesquisa realizada e na realidade por mim vivenciada. A sua implementação foi individualizada e adequada aos hábitos, preferências e destreza dos utentes/familiares cuidadores, tendo sido negociadas com os mesmos.

As aprendizagens realizadas na Unidade de Cuidados Paliativos, acerca da relação com a família e o estabelecimento em conjunto do plano de cuidados foram postas em prática no acompanhamento das famílias que fiz na Unidade de Cuidados Continuados em Almada através do planeamento e implementação de intervenções de suporte familiar (promoção de uma comunicação efectiva, envolvimento da família nos cuidados, negociação de necessidades especiais, controlo da dor e outros sintomas e preparação da família para a morte). Não foi possível, no entanto, permitir que a família participasse na morte nem providenciar suporte no luto, devido aos constrangimentos temporais da duração do estágio.

Aquando da preparação das VD utilizei as informações de necessidades recolhidas na VD anterior e o conhecimento das necessidades sentidas pelos clientes/famílias obtidos através da observação, entrevista e consulta de fontes indirectas. Era preparada de véspera, ou antes da deslocação ao domicílio, de acordo com a minha disponibilidade.

À chegada a casa dos clientes agia como facilitadora na expressão das dúvidas e receios. Após observação do cliente fazia sempre reforço positivo dos cuidados prestados e procedia à validação dos objectivos acordados, do que havia sido ensinado e treinado na VD anterior. (APÊNDICES VI E VII). A verbalização de dificuldades pelos PC durante as VD foi o indicador do estabelecimento de uma relação de confiança, resultado da demonstração de “disponibilidade total”, transmissão de segurança e interesse genuíno.

Embora a relação enfermeiro-cliente faça parte dos pressupostos de cuidar, existe evidência que demonstra que o 1º encontro é crucial (Lopes,2006: 254; Barnard,2006: 1), sendo onde de

forma honesta e aberta se responde às questões primordiais para as pessoas. Barnard (2006: 1) refere ainda que para os doentes com tempo de vida limitado “as preocupações com a perícia nas actividades instrumentais das enfermeiras é menor do que o tipo/características da relação estabelecida”. No entanto, a experiência demonstrou-me que não podem existir cuidados relacionais separados dos cuidados instrumentais. A relevância que se atribui a cada um deles numa situação concreta é directamente proporcional às necessidades de cuidados que cada pessoa apresenta, num momento específico.

Partindo da constatação que esta unidade apresenta índices de satisfação elevados por parte dos clientes e família e tem resultados com visibilidade no diagnóstico, intervenção e modificações positivas com ganhos em saúde por parte dos utilizadores em diversas áreas, apresenta uma lacuna na avaliação, diagnóstico e implementação de intervenções nos cuidados à boca. Outras existem que, embora realizadas, também não têm visibilidade por não serem registadas nos processos dos doentes, nomeadamente na avaliação da sobrecarga dos cuidadores que justifiquem intervenções específicas e mobilização de recursos da rede de suporte e comunitários.

Por constrangimentos de serviço, a reunião formal de apresentação do projecto de estágio, que deveria ter ocorrido no mês de Dezembro aconteceu apenas no dia 19 de Janeiro. O plano de sessão e diapositivos apresentados encontram-se no APÊNDICE V.

A avaliação da minha intervenção na mudança de atitude dos enfermeiros e a sua tradução nas intervenções realizadas nos cuidados à boca dos pacientes acompanhados pela Unidade, foi concretizada três semanas após a reunião de apresentação, através de:

- Entrevistas não estruturadas e não directivas com os enfermeiros, em que expressaram as suas opiniões acerca da introdução/adaptação de intervenções já existentes no instrumento de registo utilizado, que dessem visibilidade aos cuidados prestados à boca dos pacientes e
- Através da análise dos registos elaborados nos processos dos clientes relativamente ao autocuidado higiene - cuidados à boca.

Das respostas dos enfermeiros, e com a concordância do enfermeiro chefe, produziram-se as alterações nas seguintes intervenções, inseridas no autocuidado Higiene:

- ❖ Observação da cavidade oral,
  - Lavar a boca,
  - Incentivar o autocuidado higiene/cuidados à boca, e
- ❖ No caso de conhecimento do PC não demonstrado para cuidados à boca:

- Ensinar, Instruir e treinar o PC a assistir no autocuidado Higiene/ cuidados à boca;
- Ensinar, Instruir e treinar o PC sobre estratégias adaptativas para o autocuidado higiene/ cuidados à boca.

A auditoria aos registos dos clientes (APÊNDICE VIII) revelou que foram registados:

- Lavar a boca em 10% dos processos
- Ensinar o PC a assistir no autocuidado Higiene/ cuidados à boca em 10% dos processos
- Instruir o PC a assistir no autocuidado Higiene/ cuidados à boca em 10% dos processos
- Treinar o PC a assistir no autocuidado Higiene/ cuidados à boca em 10% dos processos
- Ensinar o PC sobre estratégias adaptativas para o autocuidado higiene/ cuidados à boca em 24% dos processos
- Instruir o PC sobre estratégias adaptativas para o autocuidado higiene/ cuidados à boca em 24% dos processos
- Treinar o PC sobre estratégias adaptativas para o autocuidado higiene/ cuidados à boca em 24% dos processos.

Dos clientes acompanhados, à data da auditoria, 24% encontravam-se referenciados para Cuidados Paliativos. Os dados avaliados revelaram que todos eles tinham observação realizada com OAG e tinham prescritas e realizadas intervenções de enfermagem dirigidas à problemática identificada.

O pouco impacto do projecto na mudança de comportamentos da equipa deveu-se às circunstâncias de implementação, em que houve pouco tempo e inexperiência pessoal na implementação de projectos para uma maior adesão da equipa.

## **4 - REFLEXÃO SOBRE AS APRENDIZAGENS**

Neste capítulo farei uma reflexão sobre as aprendizagens e competências conseguidas decorrentes das actividades desenvolvidas durante o período de estágio, bem como a prossecução dos objectivos planeados inicialmente. A reflexão incidirá sobre as 3 áreas de actuação do enfermeiro especialista: a investigação, a formação e a prática clínica.

Durante muito tempo a formação e exercício das enfermeiras foi dominada pela influência eclesiástica e pela formação médica, atribuindo uma importância ao sofrimento que valorizou os cuidados curativos e o interesse no tratamento da doença. Foi renegada a concepção de cuidados que permitem a expressão do ser, a valorização da imagem do corpo e o desenvolvimento da pessoa: “É à volta do corpo que se elaboram os cuidados de primeira necessidade..., um conjunto de estimulações pelo toque que se torna um jogo relacional entre quem recebe e quem presta os cuidados” (Collière, 1999:42). Assim, as intervenções autónomas da enfermeira, que se baseiam na avaliação da capacidade do que o doente pode ou não fazer por si próprio em relação à doença que o atinge, foram consideradas subalternas e dispensáveis (Collière, 1999). No entanto, nas pessoas em fim de vida estas intervenções, em particular os cuidados de acompanhamento, são de extrema importância e exigem “grandes conhecimentos fisiológicos, psicoafectivos e culturais” (Collière, 2001:210).

Para que estas intervenções fossem incorporadas de forma fundamentada na prática clínica foi vital o recurso à investigação. Na problemática diagnosticada: Cuidados ao Idoso em fim de vida no domicílio: Cuidados à boca como estratégia de conforto, a investigação permitiu o aprofundar de conhecimentos, constituiu o suporte teórico que fundamentou a minha actuação e situou o local de intervenção do trabalho de campo no domicílio. Foi um recurso essencial para a o desenvolvimento da prática clínica baseada na evidência e promoveu também o desenvolvimento de capacidades e competências individuais.

A utilização de instrumentos de investigação operacionalizou-se na observação intencional da prática de cuidados realizada pelos enfermeiros e na minha observação participante. Sendo a boca um elemento fundamental na expressão do ser humano, e uma inadequada higiene oral ser fonte de problemas como desconforto, maior propensão para infecções e diminuição da

qualidade de vida (Weidlich,2008; Saini,2009; Stout,2009), cuidar da boca das pessoas é uma forma de os enfermeiros promoverem o seu conforto e melhorar a sua qualidade de vida.

A mobilização da equipa, através da sensibilização e motivação para a importância destes cuidados enquanto estratégia de conforto, uma área que dominava melhor que eles pelo investimento e trabalho anteriormente desenvolvido, seria o culminar da minha aquisição de competências enquanto enfermeira especialista à pessoa idosa. O resultado esperado era a incorporação da evidência na prática clínica da equipa através da “descoberta” da necessidade da prestação de cuidados à boca considerando-a como uma intervenção capaz de promover o conforto. Para tal assumiriam a avaliação da cavidade oral e a realização de intervenções individualizadas relacionadas com os cuidados à boca, dando visibilidade aos cuidados prestados nos registos de enfermagem elaborados.

O resultado do projecto de intervenção não correspondeu ao esperado, devido à limitada utilização de ferramentas de investigação e opção de menor investimento na área da gestão/formação. Se tivesse a oportunidade de reiniciar o projecto abordaria a sua implementação de forma diferente. Recorreria à técnica de resolução de problemas porque permitiria a participação de todos os implicados no reconhecimento da problemática e procura de soluções para a mesma. Para Almeida (2001) existem grandes vantagens na prática desta metodologia que orienta a melhoria das práticas mediante a mudança e a aprendizagem a partir das consequências dessas mudanças. Utilizaria a entrevista semiestruturada e semidirectiva para conseguir um melhor conhecimento da equipa, seus interesses, motivações e áreas de investimento, direccionando as intervenções de formação de acordo com os mesmos, visto o grupo de enfermeiros que constitui a equipa desta Unidade apresentar uma actuação que se traduz por “relações de confiança em relação ao trabalho dos outros membros” em que “os sucessos de cooperações anteriores melhoram e intensificam a cooperação” (Mucchielli,1980). Recorreria mais assiduamente ao chefe da Unidade porque a sua influência no desempenho da equipa (que pode ser conseguido de forma directa, fazendo convergir e coordenando as influências de todos os membros em direcção ao objectivo, ou indirecta através da facilitação do esforço de todos os elementos, alternando-as de acordo com as situações) (Mucchielli,1980) teria sido benéfica na minha capacitação e aquisição de competências de gestão de equipas. Também deveria lembrar com frequência os objectivos acordados e até afixá-los (Mucchielli,1980) utilizando recursos visuais no local onde se juntam os elementos. Poderia ter sido colocado o instrumento de avaliação da cavidade oral (OAG) nos processos de todos os clientes, e não só daqueles referenciados para cuidados

paliativos, para que o contacto com o mesmo fosse mais sistemático e permitisse maior aprendizagem do mesmo.

O sucesso da implementação de um projecto depende da existência de condições favoráveis para a realização do mesmo, tais como conhecimento do objectivo, compreendê-lo, saber a sua justificação e ter um nível pessoal de conhecimentos ou saber fazer à altura do mesmo, para senti-lo acessível para si (Mucchielli, 1980).

Poderia ter sido fomentada junto da chefia da Unidade a necessidade de reuniões de equipa mais frequentes (durante o tempo de estágio só ocorreu uma) para que todos os elementos tivessem oportunidade de reflectir sobre este cuidado de enfermagem negligenciado e contribuíssem com as suas opiniões para a introdução de intervenções com que se comprometessem, por ver como suas. As reuniões intercalares de validação de objectivos e feedback das acções permitiriam reforçar os progressos atingidos e implementar formação dirigida às necessidades.

Tomando-me como referência e alvo de reflexão, constato que o estudante adulto só aprende quando motivado e daí ter constatado poder ter beneficiado mais dos momentos de partilha e orientação dados em grupo na escola. Assim a reflexão crítica das minhas aprendizagens poderia ter sido partilhada com maior frequência também com o co-orientador e colegas de estágio, para que o retorno das mesmas funcionasse como motor de desenvolvimento pessoal e profissional. Os resultados obtidos na implementação deste projecto foram indirectamente influenciados pelas circunstâncias pessoais e profissionais em que decorreu, mas muito embora a aprendizagem seja um processo experiencial e único pode-se aprender muito ouvindo, interpelando e analisando as aprendizagens e dificuldades dos outros.

A minha liderança de projecto teria beneficiado de maior segurança na minha intervenção, através de um melhor reconhecimento das minhas capacidades como enfermeira e como formadora, obtido através de reflexões mais frequentes das situações vivenciadas pelos e com os enfermeiros. Este reconhecimento teria proporcionado a utilização de metodologias menos formais, mais dinâmicas e criativas mas que me exporiam a circunstâncias imprevisíveis, para gestão das quais deveria ter maior segurança. O recurso mais assíduo ao líder formal da equipa, que conhecendo os elementos e suas formas de resposta, poder-me-ia ter orientado na utilização de ferramentas mais adequadas para motivação dos elementos.

No entanto, utilizei intencionalmente algumas estratégias de liderança como pedir e utilizar a opinião dos colegas que acompanhava, para resolução das situações apresentadas, a utilização

da comunicação informal como veículo de transmissão preferencial de informação, visto estar presente durante o tempo em que estávamos juntos na prestação de cuidados e deslocações, aliadas à comunicação formal patente nos registos de enfermagem elaborados, bem como ser um elemento de referência numa área por eles desconhecida.

Foi através do meu desempenho que a equipa adquiriu confiança em mim, o que só por si representa uma das estratégias de gestão de equipas. Segundo (Mucchielli,1980) a confiança dos elementos no líder é a chave do sucesso. No entanto, esta estratégia foi consumidora de tempo, e o tempo de implementação do projecto era limitado. Se o tempo para implementação do projecto fosse mais longo os resultados conseguidos poderiam ser mais coincidentes com os planeados.

Os dados conseguidos pela avaliação da cavidade oral, introdução de diagnósticos e intervenções em cuidados à boca dos clientes foram conseguidos mas seria importante uma avaliação formal na equipa e junto dos clientes, possível através de entrevista semiestruturada e semidirectiva. Junto da equipa permitiria confirmar se as alterações introduzidas estavam interiorizadas e faziam parte de uma prática baseada na evidência e junto dos clientes permitiria perceber se as intervenções realizadas haviam sido promotoras de conforto.

A prática clínica foi a área de maior desenvolvimento e em que investi maiores recursos pessoais, emocionais e que consumiu o maior período temporal porque, para prestar cuidados de qualidade às pessoas idosas no domicílio, foi necessário adquirir um conhecimento global da pessoa, dos seus hábitos de vida, das suas preferências, da sua rede de suporte familiar e social, avaliar as dependências apresentadas na satisfação das suas necessidades fundamentais, a capacidade de negociação com a mesma e/ ou prestador de cuidados do plano de cuidados e de que forma pretendiam e podiam ser ajudadas.

A aquisição destas competências teve como finalidade a prestação de cuidados à pessoa idosa em fim de vida em ambiente domiciliário ao nível de competente, que para Benner (2001:54) é aquele em que “o planeamento de cuidados é consciente e deliberado com vista à eficiência e organização” e ao nível de perita nos cuidados prestados à boca das mesmas.

As aprendizagens realizadas na Unidade de Cuidados Paliativos, acerca da relação com a família e o estabelecimento em conjunto do plano de cuidados foram postas em prática no seguimento das famílias que fiz na Unidade de Cuidados Continuados em Almada (APÊNDICES VI E VII). A avaliação e reforço dos objectivos traçados, no decurso de cada

visita, colocam a equipa e família em sintonia e permitiu-me avaliar as dificuldades sentidas e os obstáculos presentes, referidos na literatura e já explicitados anteriormente.

Esta experiência contribuiu para a confirmar a importância da intervenção do enfermeiro e dos cuidados de enfermagem junto das pessoas que deles necessitam e os problemas que as famílias enfrentam durante o curso da doença, em especial quando a situação se torna complexa.



## **5 - LIMITAÇÕES AO TRABALHO**

As limitações na implementação deste projecto tiveram por base a minha inexperiência na implementação de projectos, na utilização de instrumentos de investigação e a liderança de equipas, operacionalizada na aplicação da formação e gestão. No que respeita às opções metodológicas estas já foram abordadas no capítulo da discussão das aprendizagens.

A prestação de cuidados num ambiente diferente da minha prática quotidiana motivou que despendesse de um tempo mais longo na prestação de cuidados acompanhada, limitando o tempo necessário para investir numa mudança de práticas consistente. Reconheço ter sido uma boa opção, pois o agente de mudança tem de ter em primeiro lugar domínio dos temas que aborda e ser reconhecido pelo grupo, sob pena de serem ineficazes todas as suas pretensões como agente de mudança de comportamentos. Os resultados atingidos pela equipa na introdução de diagnósticos e intervenções em cuidados à boca, traduzidos em acções concretas junto dos clientes e famílias careceram de uma avaliação do impacto real junto dos mesmos. A avaliação realizada foi empírica e baseada na percepção dos enfermeiros de que as intervenções foram promotoras de bem-estar, inferindo que proporcionaram conforto físico e emocional.

A análise realizada dos registos de enfermagem traduz as informações que se encontram registadas. Como referido ao longo do trabalho os enfermeiros realizam intervenções que não registam, pelo que poderão ter sido realizadas mais intervenções em “cuidados à boca” promotoras de conforto do que as que se apresentam.

## 6 – CONCLUSÃO

Este trabalho traduz a experiência que vivenciei na aquisição de competências de enfermeira especialista durante o estágio que decorreu no terceiro semestre do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área específica de intervenção de Enfermagem à Pessoa Idosa. A problemática abordada “Cuidados ao idoso em fim de vida no domicílio: cuidados à boca como estratégia de conforto” foi alicerçada no recurso à investigação, através da revisão sistemática da literatura, que confirmou que os cuidados à boca traduzem bons cuidados de enfermagem mas são frequentemente negligenciados, ou deixados à responsabilidade de pessoal pouco preparado para o efeito e são primordiais para as pessoas em fim de vida porque minimizam o desconforto físico e emocional, facilitam a comunicação, diminuem o isolamento e melhoram a autoestima.

A maioria dos clientes com situações evolutivas pode e deve ser cuidada na comunidade e os enfermeiros encontram-se numa posição privilegiada para auxiliar as pessoas a gerir a situação complexa de autocuidados, prevendo as suas necessidades, para que alterações ou deteriorações do seu estado possam ser previstas e rapidamente enfrentadas antes de evoluir para situações agudas (OE,2010)<sup>48</sup>. A literatura revela que nos clientes portadores de doenças crónicas deve ser utilizada uma abordagem centrada no cliente e existe evidência de que quando é implementada se obtêm ganhos em saúde e melhoria da qualidade de vida dos clientes, traduzidas na melhoria do estado funcional, na diminuição dos marcadores fisiológicos de doença, como por exemplo os níveis de glicémia, em mais comportamentos de adesão terapêutica, menos queixas de desconforto e ansiedade, necessitando de menos exames complementares de diagnóstico e menos referência para serviços especializados (Sidani,2008).

Se Cuidar “é acompanhar as passagens difíceis da vida... (Collière, 2001:134) e “as passagens frequentemente encontradas são o luto, a perda, a crise e o stress, com os seus aspectos físicos, psíquicos e afectivos” (Collière,2001:154) para cuidar de pessoas no domicílio, o enfermeiro deve possuir conhecimentos nas áreas médica, psicossocial e cultural,

---

<sup>48</sup> Servir a comunidade e garantir a qualidade: os Enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica, OE, Abril de 2010

salvaguardando que quando trabalha sozinho deve sentir segurança nos procedimentos fazer uso do seu juízo clínico.

A aquisição de competências em contexto de prática clínica foi alicerçada pela realização de estudos de caso das pessoas que acompanhei, para consolidação de comportamentos e atitudes, e justificação das mesmas no contexto específico (APÊNDICES IV,VI,VII). Para que a minha actuação fosse realmente efectiva, tive que ter em conta não só os aspectos relativos às necessidades básicas mas simultaneamente os aspetos da relação estabelecida com os clientes/família. Consegui ter uma noção mais clara da dificuldade de integrar estas duas dimensões intrínsecas ao cuidado de enfermagem: acção e relação. Foi o privilégio de ser estudante e poder ter tempo de estar no processo de cuidados de forma plena e sem pressa e sem os constrangimentos que todos os enfermeiros vivem no dia-a-dia, que possibilitou tal aprendizagem! Embora, tendo eu tempo enquanto estudante, foram os momentos de escrita e registo dos cuidados concretizados mais em profundidade nos estudos de caso e posteriormente discutidos, onde pude constatar a complexidade do cuidado de enfermagem, particularmente a relação enfermeiro-cliente como fazendo parte dos pressupostos de cuidar. Existe evidência que demonstra a importância crucial do 1º encontro (Lopes,2006). É no seio dessa primeiro encontro de abertura ao outro, que de forma honesta e aberta se responde às questões primordiais para as pessoas (Barnard, 2006).

O estágio na Unidade de Cuidados Paliativos permitiu o contacto com outras formas de organização do trabalho numa realidade em que os cuidados à boca são conhecidos e onde existem instrumentos/utensílios facilitadores da prática dos mesmos. A filosofia seguida na instituição coloca o cliente no centro dos cuidados e como parceiro na equipa, com ênfase nos processos de negociação e rentabilizando de situações de ganha-ganha. A valorização de aspectos do cuidar da pessoa em ambiente de cuidados paliativos, a relação estabelecida com a família e a manutenção de hábitos de vida e preferências da pessoa são consideradas uma forma de manutenção da autonomia da pessoa cuidada e transmitem confiança à família.

O estágio na comunidade fez-me estar atenta à complexidade do cuidado no domicílio, verificando que as dificuldades de comunicação com as famílias e equipa de saúde põem em causa os processos de adesão terapêutica e influenciam os resultados obtidos.

Na Unidade de Cuidados Continuados em Almada tive oportunidade de validar a dificuldade de ser líder em processos de mudança e as escassas oportunidades de reflexão conjunta

levando a equipa a reconhecer uma necessidade e a propor as suas próprias soluções, limitou as oportunidades de formação dirigida.

O período de estágio permitiu um tempo essencial para a reflexão sobre as minhas práticas e das equipas onde estive. Esta reflexão aliada à escrita conduziu a uma tomada de consciência acerca dos cuidados que as pessoas realmente necessitam e dos conhecimentos necessários para responder às suas necessidades.

As expectativas colocadas na escolha do local de estágio foram satisfeitas, e os objectivos atingidos globalmente fosse na prestação de cuidados globais a doentes idosos em fim de vida em ambiente hospitalar ou domiciliário. O resultado da implementação do projecto na Unidade de Cuidados Continuados em Almada ficou aquém das expectativas pelo menor investimento na área da formação que na prática clínica.

## 7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Cármen (2009) - Transição para prestador de cuidados: sensibilidade aos cuidados de enfermagem. **Pensar Enfermagem**. Lisboa. ISSN 0873-8904. Vol. 13, n.º 1. (1º Semestre de 2009) p. 61-71.

APÓSTOLO, João L.A. (2009) - O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. **Referência**. Coimbra. ISSN 0874-0283. II série, n.º 9 (Março, 2009) p. 61-67.

AOUN, Samar et al (2005) - Caregiving for the terminally ill: at what cost? **Palliative Medicine** [em linha]. Vol. 19, n.º 7 (Novembro, 2005) p.551-555. ISSN 02692163. Acedido em 10/2/2010. Academic Search Complete. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=18573415&site=ehost-live>.

ALBUQUERQUE, Lêda L. S.; CAMARGO, Teresa C. - Prevenção e tratamento da mucosite oral induzida por radioterapia: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia** [em linha]. Vol.53, n.º 2 (Abr.-Jun.,2007) p. 195-209. ISSN 0034-7116. Acedido em. 1/6/2010. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_53/v02/pdf/revisao4.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_53/v02/pdf/revisao4.pdf)

BAILEY, Regan, et al (2005) - The oral health of older adults: an interdisciplinary mandate. **Journal Of Gerontological Nursing** [em linha]. Vol. 31, n.º 7 (Julho, 2005) p. 11-17. ISSN Acedido em 10/3/2010. CINAHL Plus with Full Text. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=a58e2038-fe96-48b2-a1df-138e27befb4d%40sessionmgr15&vid=2&hid=28&bdata=JnNpdGU9ZW9vc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=2005125155>

BARBOSA, António (2003) - Pensar a morte nos cuidados de saúde. **Análise Social**. Lisboa ISSN 0003-2573. Vol. 38, n.º 166 (2003). P.35-49. Acedido em: 1/6/2011. Disponível em: <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1218737559Q5dRD9fa3Zz85OZ8.pdf>

BARBOSA, António, NETO, Isabel (2006) – **Manual de Cuidados Paliativos**. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa. ISBN 978-972-9349-21-8

BARNARD, Alan; HOLLINGUM, Christine; HARTFIEL, Bernardette (2006) - Going on a journey: understanding palliative care nursing. **International Journal Of Palliative Nursing** [em linha]. Vol. 12, nº 1 (Janeiro,2006) p.6-12. ISSN 13576321. Acedido em 10/03/2010. Academic Search Complete Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=755859d5-04b8-467c-8693-edf1aeffe7d3%40sessionmgr14&vid=2&hid=28&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=2009116337>

BASTO, Marta. L. (2009). - Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina: proposta de um percurso. **Pensar Enfermagem** [em linha]. Vol. 13, nº 2. (2º semestre,2009) p.11-18. ISSN 0873-8904. Acedido em 5/10/2010. Disponível em: [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009\\_13\\_2\\_11-18\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_2_11-18(1).pdf)

BONGAERTS, J.H.H.; ROSSETTI, D.; STOKES, Jason R. (2007) - The Lubricating Properties of Human Whole Saliva. **Tribology Letters** [em linha]. Vol. 27, nº 3 (Jun.,2007) p. 277-287. ISSN 1023-8883. Acedido em 1/6/2010. Kluwer Academic Publishers. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11249-007-9232-y?LI=true#page-1>

BRANCO, M. João, NOGUEIRA, Paulo J., DIAS, Carlos M. (2001) – MOCECOS: Uma observação dos cidadãos idosos no princípio do século XXI – Relatório [em linha]. **Observatório Nacional de Saúde Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge**. Lisboa. Out. 2001. Acedido em 6/10/2011. Disponível em: [http://www.webhbase.com/aagi/wp-content/uploads/proj\\_ecos\\_mocecos\\_onsal.pdf](http://www.webhbase.com/aagi/wp-content/uploads/proj_ecos_mocecos_onsal.pdf)

BENNER, Patricia (2001) – **De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem**. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8535-97-X

BERGER, Louise, MAILLOUX-POIRIER, Danielle - **Pessoas Idosas: uma abordagem Global**. Lisboa: Lusodidacta, 1995. ISBN: 972-95399-8-7

**Best Practice Guidelines for Oral Care and Secretion Management and the free water protocol.** Vitoria: La Trobe University. 2011. Acedido em: 17/6/2010. Disponível em: <http://www.latrobe.edu.au/health/study/study-activities/best-practice-guidelines-for-oral-care-and-secretion-management-and-the-free-water-protocol>

BOTS, Casper P. et al.(2005) - The management of xerostomia in patients on haemodialysis: comparison of artificial saliva and chewing gum. **Palliative Medicine** [em linha]. Vol. 19, nº 3 (Abril, 2005) p. 202-207. ISSN 02692163. Acedido em 17/06/10. Academic Search Complete. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=16745849&site=ehost-live>

BRAGA, Fábio P. F. (2006) – **Avaliação da acupuntura como método de tratamento preventivo e curativo de xerostomia decorrente de radioterapia.** São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. Tese de mestrado

BRANCO, Maria J.; NOGUEIRA, Paulo J.; DIAS, Carlos M. (2001) - **MOCECOS: uma observação dos cidadãos idosos no princípio do século XXI – relatório.** Lisboa: Observatório Nacional de Saúde - Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Acedido em: 1/6/2010. Disponível em: [http://www.webhbase.com/aagi/wp-content/uploads/proj\\_ecos\\_mocecos\\_onsal.pdf](http://www.webhbase.com/aagi/wp-content/uploads/proj_ecos_mocecos_onsal.pdf)

CARRILHO, Maria J., PATRÍCIO, Lurdes (2009) - A situação demográfica recente em Portugal. **Revista de Estudos Demográficos.** Lisboa. ISSN 1645-5657. Nº 46. (Nov., 2009) p. 59-108. Acedido em 1/3/2010. Disponível em: [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes)

CARRILHO, Maria J., PATRÍCIO, Lurdes (2010) - A situação demográfica recente em Portugal. **Revista de Estudos Demográficos.** Lisboa. ISSN 1645-5657. Nº 48 (Nov., 2010) p. 103-146. Acedido em 1/3/2010. Disponível em: [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes)

CHOCHINOV, Harvey (2006) - Dying, Dignity, and New Horizons in Palliative End-of-Life Care. **CA: Cancer Journal for Clinicians.** [em linha] Vol.56 (Set., 2006), p. 84-103. ISSN 1542-4863. Acedido a 5/10/2010, disponível em: <http://www.cuidadospaliativos.org/uploads/2010/04/Dying,%20dignity,%20and%20new%20horizons%20in%20palliative%20end-of-life%20care.pdf>

COLLIÈRE, Marie F. (1999) – **Promover a vida – da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Lidel. ISBN 972-757-109-3

COLLIÈRE, Marie F. – **Cuidar... A primeira arte da vida**. 2ª Edição. Loures: Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-53-3.

CORREIA, J.MARTINS (2003) – **Introdução à Gerontologia**. Lisboa: Universidade Aberta. ISBN: 972-674392-3

DAVIES Elizabeth (2004) - What are the palliative care needs of older people and how might they be met? **WHO Health Evidence Network report** [em linha]. (2004) p. 1-12. Acedido em: 5/6/10. Disponível em:

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/74688/E83747.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/74688/E83747.pdf)

DAVIES, Elizabeth; HIGGINSON, Irene J. (2004) - **The solid facts - palliative care**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. ISBN 92890 10916. Acedido em 5/6/2010. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/palliative-care.-the-solid-facts>

DAVIES, Andrew et al (2010) - Salivary gland dysfunction ('dry mouth') in patients with cancer: a consensus statement. **European Journal of Cancer Care**. [em linha]. Vol. 19, nº 2 (Mar., 2010) p. 172-177. ISSN 09615423. Acedido em: 1/6/2010. Academic Search Complete. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=8d56d8aa-969f-43da-9b99-2639ae575ff7%40sessionmgr110&vid=3&hid=9&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZSZzY29wZT1zaXRl#db=a9h&AN=47898553>

DECRETO-LEI Nº 101/2006. **Diário da República - I Série – A**. Nº 109 (6.6.2006) p. 3856-3865

DECRETO-LEI Nº 104/98. **Diário da República - I Série – A**. Nº 93 (21.4.1998) p. 1739 – 1757.

DECRETO-LEI Nº 161/96. **Diário da República - I Série**. Nº 205 (4.9.1996) p.2959-2962

DESPACHO Nº 861/99. **Diário da República – II Série**. Nº 235 (10.09.1999) p. 15015



ELLIPOULOS, Charlotte – **Enfermagem Gerontológica**. 5ª Edição. Porto Alegre: Artmed. ISBN 85-363-0081-7

FARAH, Camile S. (2009) – Mouthwashes. **Australian Prescriber**. [em linha]. Vol. 32, nº 6 (Dez.,2009) p. 162-164. ISSN 0312-8008. Acedido em: 1/9/2010. Disponível em: <http://www.australianprescriber.com/magazine/32/6/162/4>

FONSECA, Ana C. J. M. et al (2004) – Avaliação clínica do efeito do cloreto de sódio (Na Cl) na diminuição da hipersensibilidade dentinária de colo. Revista de Odontologia da UNESP. [em linha]. Vol.33, nº 1 (2004) p. 7-11. ISSN 1983-5183. Acedido em: 1/6/2010. Disponível em: <http://rou.hostcentral.com.br/PDF/v33n1a02.pdf>

FONSECA, João V. C., REBELO, Teresa (2011) - Necessidades de cuidados de enfermagem do cuidador da pessoa sob cuidados paliativos. **Revista Brasileira de Enfermagem (REBEN)** [em linha]. Vol.64, nº 1 (Jan.-Fev., 2011) p. 180-184. ISSN 0034-7167. Acedido em: 1/9/2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a26.pdf>

FRIAS, Cidália F. C. de (2003) – **A aprendizagem do cuidar e a morte: um desígnio do enfermeiro em formação**. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-50-9.

FRIDRIKSDOTTIR, N., SIGURDARDOTTIR, V., GUNNARSDOTTIR, S. (2006) - Important needs of families in acute and palliative care settings assessed with the Family Inventory of Needs. **Palliative Medicine** [em linha] Vol.20, nº 4. (Julho, 2006) p. 425-432. ISSN 02692163 Acedido em 5/6/10. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=21117123&site=ehost-live>

FURNESS, Susan. et al - **Interventions for the management of dry mouth: topical therapies (Review)**. The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd. Acedido em: 1/6/2010. Disponível em: <http://www.update-software.com/BCP/WileyPDF/EN/CD008934.pdf>

LOPES, Manuel J. (2006) - A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica. Coimbra: Formasau. ISBN 972-8485-6-X.

HALL, SUE et al (2011) - **Palliative care for older people: better practices**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. ISBN 978 92 890 0224 0. Acedido em 1/2/2012.

Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/palliative-care-for-older-people-better-practices>

HARRIS, Debra et al (2008) - Putting evidence into practice: evidence-based interventions for the management of oral mucositis. **Clinical Journal of Oncology Nursing** [em linha]. Vol.12, nº 1 (Fevereiro, 2008) p.141-152. ISSN 1092-1095. Acedido em 7/7/2010. Academic Search Complete. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=299e70b0-7aec-41aa-897a-1cb0e8a0bfbf%40sessionmgr13&vid=2&hid=25&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=2009799763>

HEATH, Hazel et al (2011) - Promoting older people's oral health. **Nursing Standard**. [em linha]. Supplemment nº 1 (Jan.,2011) p. 1--19. ISSN 0029-6570. Acedido em: 1/6/2011. CINAHL Plus with Full Text. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=4a7fc87f-cd6a-405a-a2a0-1bd62b6f9086%40sessionmgr13&vid=5&hid=19&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=2010957124>

<http://www.apcp.pt>

<http://apps.who.int/ghodata/?vid=2490>

<http://www.who.int/en/>

[http://www.who.int/nmh/countries/prt\\_en.pdf](http://www.who.int/nmh/countries/prt_en.pdf)

[http://www.who.int/topics/oral\\_health/en/](http://www.who.int/topics/oral_health/en/)

HUDSON, Peter et al (2008) - Evaluation of a psycho-educational group programme for family caregivers in home-based palliative care. **Palliative Medicine** [em linha]. Vol. 22, nº 3 (Apr.,2008). p. 270-280. ISSN 02692163. Acedido em 1/6/2010. Academic Search Complete. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=f7e8c544-3979-48e4-a7c4-b8297cba89b9%40sessionmgr10&vid=2&hid=19&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=mnh&AN=18477722>

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2010) – **Cuidados paliativos para uma morte mais digna: Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de**

**Enfermagem (CIPE®).** Lisboa: OE. ISBN 978-989-8444-02-8. Acedido em 1/9/2010. Disponível em:

[http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CIPE\\_Cuidados%20Paliativos.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CIPE_Cuidados%20Paliativos.pdf)

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (1999) – **As Gerações mais Idosas.** Lisboa: INE. ISBN 972-673-374-X. Acedido em: 3/1/2010. Disponível em: <http://www.ine.pt/>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2002) - **O envelhecimento em Portugal.** Lisboa: INE. 8 Abril 2002.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2007) - **Nos próximos vinte e cinco anos o número de idosos poderá mais do que duplicar o número de jovens.** Lisboa. Instituto Nacional de Estatística, 27 Setembro 2007. Acedido em: 3/1/2010. Disponível em: <http://www.ine.pt/>

INNOCENTI, Aline, RODRIGUES, Inês G., MIASSO, Adriana I. (2009) - Vivências e sentimentos do cuidador familiar do paciente oncológico em cuidados paliativos. **Revista Electrónica de Enfermagem** [em linha]. Vol.11, nº 4 (2009) p.858-865. ISSN 1518-1944. Acedido em 1/11/2012. Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v11/n4/pdf/v11n4a11.pdf](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n4/pdf/v11n4a11.pdf)

KALNINS, I. (2006) - Caring for the terminally ill: experiences of Latvian family caregivers. **International Nursing Review.** [em linha] Vol. 53, nº 2 (Jun.,2006) p.129-135. ISSN 20620679. Acedido em 1/6/2010. Academic Search Complete. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=4cfc53d2-6950-4065-8790-f70bac53186e%40sessionmgr13&vid=2&hid=8&bdata=JnNpdGU9ZW9Whvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=2009212501>

KLINKENBERG, Marianne et al. (2005) - The last 3 months of life: care, transitions and the place of death of older people. **Health & Social Care in the Community.** [em linha]. Vol. 13, nº 5 (Set.,2005) p. 420-430. ISSN 09660410. Acedido em: 1/6/2010. Academic Search Complete. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=1d5044a3-1953-425c-8e68-89bc6ce660fe%40sessionmgr4&vid=2&hid=111&bdata=JnNpdGU9ZW9Whvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=2009020485>

KUBLER-ROSS, Elisabeth (1969) – **On death and dying**. New York: Touchstone.1979. ISBN 0-684-83938-5.

LAU, Kam-Mei ; AU, Alma (2011) - Correlates of Informal Caregiver Distress in Parkinson's Disease: A Meta-Analysis. **Clinical Gerontologist**. [em linha]. Vol. 34, nº 2 (Fev., 2011) p. 117–131, 2011. ISSN 0731-7115. Acedido em: 1/4/2012. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/07317115.2011.539521>

LAZURE, Hélène (1994) - **Viver a Relação de Ajuda: Abordagem Teórica e Prática de um Critério de Competência da Enfermeira**. Lisboa: Lusodidacta. ISBN 9789729539954.

LOPES, Manuel, J. (2006) – **A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica: proposta de uma teoria de médio alcance**. Coimbra: Formasau. 2006. ISBN 972-8465-5-X

LOPES, Lúcia M. M. (2009) – A problemática do prestador de cuidados: uma revisão da literatura. **Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196. Nº 248 (Ago.,2009) p. 6-12.

MCILFATRICK, Sonja (2007) - Assessing palliative care needs: views of patients, informal carers and healthcare professionals. **Journal Of Advanced Nursing**. [em linha]. Vol. 57, nº 1 (Jan.,2007) p. 77-86. ISSN: 03092402 Acedido em 1/6/2010. Academic Search Complete. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=e7f8c863-a2fb-4b99-8114-4603a9fec2ce%40sessionmgr12&vid=2&hid=17&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=2009481194>

MEIDELL, Liv; RASMUSSEN, Birgit H. (2009) - Acupuncture as an optional treatment for hospice patients with xerostomia: an intervention study. **International Journal Of Palliative Nursing**. [em linha]. Vol.15, nº 1. (2009) p. 12-20. ISSN Acedido em: 1/6/2010. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=979249e8-8693-4a9c-86aa-9bcaeee174ba%40sessionmgr4&vid=2&hid=17&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=2010179924>

NIGHTINGALE, Florence (2005) – **Notas sobre Enfermagem: O que é e o que não é**. Loures: Lusociência. 2005. ISBN 972-8383-92-4

NETO, Caetano B; SUGAYA, Norberto N. (2004) - **Revista Biociências**. [em linha] Vol. 10, nº 3 (2004). ISSN 2176-8625. Acedido em 1/6/2010. Disponível em: <http://periodicos.unitau.br/ojs-2.2/index.php/biociencias/article/viewFile/176/142>

NGUYEN, Mai (2009) - Nurse's assessment of caregiver burden. **MEDSURG Nursing** [em linha]. Vol.18, nº 3 (Mai.-Jun.,2009) p. 147-152. ISSN 10920811. Acedido em 1/6/2010. Academic Search Complete. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=0e6a780f-829e-4c36-be1e-85e6ae6a10bb%40sessionmgr104&vid=2&hid=108&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=2010324099>

NUNES, Lucília – Do perito e do conhecimento em enfermagem – **Percursos** [em linha]. Nº 17 (Julho-Setembro,2010). p. 3-9. ISSN 2646-5067. Acedido em 3/03/11. Disponível em [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Percursos\\_n17.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Percursos_n17.pdf)

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001) – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual/Enunciados descritivos**. [em linha]. Conselho de Enfermagem. Dezembro de 2001. Acedido em 1/9/2010. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2002) - **Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual/Enunciados descritivos**. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros, Setembro 2002. Acedido em: Acedido em: 1/9/2010. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2005) - Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos. <sup>a</sup> edição Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2005.ISBN:972-99646-02. Acedido em: 1/9/2010. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) (2006) - VI Seminário do Conselho Jurisdicional – “Final de vida” - **Revista da Ordem dos Enfermeiros** [em linha]. Nº 20 (Jan.,2006). ISSN 1646-2629. Acedido em 10/2/2011. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE\\_20\\_Janeiro\\_2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_20_Janeiro_2006.pdf)

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) (2006) - **Padrões de qualidade e centralidade dos cuidados: um projecto em curso**. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros, Maio 2006. Acedido em: 1/9/2010. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) – **Caderno Temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2009. Acedido em: 1/9/2010. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) - Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda da inovação dos cuidados: «Delivering quality, serving communities: Nurses leading care innovations». Ordem dos Enfermeiros. Março 2009. ISBN 978-989-96021-3-7. Acedido em 1/9/2010. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit\\_DIE\\_2009.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2009.pdf)

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) - Atribuição do Título de Enfermeiro Especialista, no momento actual - Parecer N.º 267 / 2010, [em linha]. Acedido em: 1/9/2010. Disponível em : [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer%20CE267\\_2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer%20CE267_2010.pdf)

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) - <http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/DebateULSCasteloBranco.aspx>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - ISBN: 978-92-95094-35-2 CIPE [em linha]. Acedido em 3/2/2011. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/projectos/Paginas/ClassificacaoInternacionalPraticaEnfermagem.aspx>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) - **Rede nacional de cuidados continuados integrados: referencial do enfermeiro**. Março 2009. Acedido em: 1/9/2010. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RNCCI%20-%20v.FINAL%20Referencial%20do%20Enfermeiro%20-%20Abril%202009.pdf>

OSÓRIO, Agustin R., PINTO, Fernando. – **As pessoas idosas: contexto Social e Intervenção Educativa**. Lisboa: Instituto Piaget. 2007. ISBN 972-771-782-9/ 978-972-771-782-8.

PAULSSON, Gun et al (2008) - Comparison of oral health assessments between nursing staff and patients on medical wards. **European Journal Of Cancer Care**. [em linha]. Vol. 17, nº1 (Jan.,2008) p. 49-55. ISSN 0961-5423. Acedido em 1/5/2010. Academic Search Complete. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=601868f2-3f99-461f-872b-3c1a658fba6%40sessionmgr13&vid=2&hid=107>

PELLETT, Candice (2009) - Provision of end of life care in the community. **Nursing Standard**. [em linha]. Vol. 24, nº 12 (Nov.,2009) p. 35-40. ISSN 00296570. Acedido em 1/6/2010. Academic Search Complete. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=51f2d436-6983-4739-bc6a-4cd983a62180%40sessionmgr10&vid=1&hid=7>

PORTUGAL. Ministério da Saúde (2011) – **Diabetes: factos e números 2011-** relatório anual do Observatório Nacional de Diabetes. Lisboa, Sociedade Portuguesa de Diabetologia. ISBN 978-989-96663-1-3. Acedido em 1/6/2011. Disponível em: <http://www.dgs.pt/>

PORTUGAL. Direcção Geral de Saúde (2004) – **Programa Nacional para a Intervenção Integrada sobre Determinantes de Saúde Relacionados com os Estilos de vida**, Despacho n.º 1916/2004 (2ª série) do Senhor Ministro da Saúde, publicado no DR n.º 23 - II Série de 28 de Janeiro. Acedido em Março 2010. Disponível em: <http://www.dgs.pt/>

PORTUGAL. Direcção Geral de Saúde (2004) - **Circular Normativa Nº: 14/DGCG de 13/07/04**. Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Acedido em Março 2010. Disponível em: <http://www.dgs.pt/>

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas (2005) - **Programa Nacional de Cuidados Paliativos**. Lisboa: DGS. ISBN 972-675-124-1. Acedido em Março 2010. Disponível em: <http://www.dgs.pt/>

PORTUGAL. Direcção Geral de Saúde (2005) – **Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica**. Circular Normativa nº 04/DGCG de 17/03/2005. Acedido em Março 2010. Disponível em: <http://www.dgs.pt/>

PORTUGAL. Direcção Geral de Saúde. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas (2006) – **Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas**. Lisboa: DGS. ISBN 972-675-155-1. Acedido em Março 2010. Disponível em: <http://www.dgs.pt/>



PORTUGAL. Direcção Geral de Saúde (2008) – **Programa Nacional de Luta Contra a Dor**, Circular Normativa nº 11/DSCS/DPCD, de 18/06/2008. Acedido em Março de 2010. Disponível em: <http://www.dgs.pt/>

PORTUGAL. Direcção Geral de Saúde (2011) - **Manual do Prestador: recomendações para a melhoria contínua**. Lisboa: Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, Agosto, 2011. Acedido em: 1/9/2010. Disponível em: [http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/UMCCI-RNCCI\\_Manual\\_do\\_Prestador.pdf](http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/UMCCI-RNCCI_Manual_do_Prestador.pdf)

REGULAMENTO N.º 122/2011. **Diário da República. IIª série**. Nº 35 (18.2.2011) p. 8648-8653.

REGULAMENTO N.º 124/2011 a 129/2011. **Diário da República. IIª série**. Nº 35 (18.2.2011) p. 8656- 8673

RODRIGUEZ, Daniel R. G. R. (2008) – O iogurte: estratégia natural para a saúde. **Revista electrónica de PortalesMédicos.com**. [em linha]. (20/05/2008). p. ISSN 1886-8924. Acedido em 5/1/2011, disponível em <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1095/1/O-iogurte-Estrategia-natural-para-a-saude-.html>

ROHR, Yvonne; ADAMS, Jon; YOUNG, Lindy (2010) - Oral discomfort in palliative care: results of an exploratory study of the experiences of terminally ill patients. **International Journal of Palliative Nursing** [em linha]. Vol.16, nº 9 (Set., 2010) p. 439-444. ISSN 1357-6321 Academic Search Complete. Acedido em 1/9/2011. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=9387d523-afc6-498b-968f-033774f0cf11%40sessionmgr4&vid=2&hid=17&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=2010855977>

SAINI, Rajiv et al (2009) - [Dental expression and role in palliative treatment](#). **Indian Journal of Palliative Care**. [em linha]. Vol. 15, nº 1 (Jan., 2009). p. 26-9 ISSN 0973-1075. Acedido em 17/06/10. CINAHL Plus with Full Text. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010355086&site=ehost-live>



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS (s. d) - **Guía de Cuidados Paliativos**. Madrid: SECPAL

SERRANO, Maria (2009) – Cuidar a boca em cuidados paliativos – contributo para a promoção da dignidade humana. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa. Tese de mestrado em Cuidados Paliativos

SIDANI, Souraya (2008) - Effects of patient-centered care on patient outcomes: an evaluation. research and theory for nursing practice [em linha]. Vol. 22, nº 1 (Mai., 2008). ISSN 1541-6577. Acedido em 1/9/2012. CINAHL Plus with Full Text. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=57faeca9-b785-4290-8a7e-e63501b5aa3c%40sessionmgr110&vid=2&hid=125&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=2009880027>

SILVA, Abel Paiva – Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. **Servir**. Lisboa. ISSN 0871-2370. Vol.55, nº 1-2 (Jan.-Abr.,2007) p. 11-20.

SOLANO, João P.; GOMES, Barbara; HIGGINSON, Irene (2005) - A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, aids, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. **Journal of Pain and Symptom Management** [em linha]. Vol. 3, nº1 (Jun., 2005) p. 58-691. ISSN 0885-3924 Acedido em 10/03/10. Elsevier Inc. Disponível em: <http://home.uchicago.edu/~tmurray1/research/articles/printed%20and%20read/a%20comparison%20of%20symptom%20prevalence%20in%20far%20advanced%20cancer%20AIDS%20heart%20disease%20chronic%20obstructive%20pulmonary%20disease%20and%20renal%20disease.pdf>

SOUTHERN, Hilary (2007) - Oral care in cancer nursing: nurses' knowledge and education. **Journal of Advanced Nursing** [em linha] Vol.57, nº 6 (Mar, 2007) p. 631-638. ISSN 0309-2402. Acedido em: 10/03/10. Academic Search Complete. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=a3919274-58d0-4ecd-b155-65a8aae6707f%40sessionmgr11&vid=2&hid=13&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=2009863439>

STOKES, J.R.; DAVIES, Georgina, A. (2007) - Viscoelasticity of human whole saliva collected after acid and mechanical stimulation. **Biorheology**. [em linha]. Vol. 44, nº 3 (Jan.,2007) p. 141-160. ISSN [0006355X](#). Acedido em: 10/3/2010. MEDLINE with Full Text. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=f055d093-267e-492b-8df4-67da363118a7%40sessionmgr13&vid=4&hid=112&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=mnh&AN=17851164>

STOUT Michelle; GOULDING, Orla; POWELL, Anne (2009) - Developing and implementing an oral care policy and assessment tool. **Nursing Standard**. [em linha]. Vol. 23, nº 49, (Aug.2009) p. 42-48. ISSN 0029-6570. Acedido em: 1/6/2010. CINAHL Plus with Full Text. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=c6988bab-8eb6-4826-884e-59f36760e437%40sessionmgr12&vid=2&hid=18&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=2010380061>

WANG, Yu-Nu et al (2010) - Reconciling work and family caregiving among adult-child family caregivers of older people with dementia: effects on role strain and depressive symptoms. **Journal of Advanced Nursing** [em linha]. Vol. 67, nº 4 (Apr.,2011). ISSN: 0309-2402. Acedido em: 1/4/2012. CINAHL Plus with Full Text. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c65ca493-10b0-4ea2-a1e7-e37faf4dc91d%40sessionmgr113&vid=2&hid=106>

WA<sup>o</sup>RDH, Inger; PAULSSON, Gun; FRIDLUND, Bengt (2009) - Nursing staff's understanding of oral health care for patients with cancer diagnoses: an intervention study. **Journal of Clinical Nursing** [em linha] Vol.18,nº 6 (Mar.,2009) p.799–806. ISSN 0962-1067. Acedido em 1/6/2010. CINAHL Plus with Full Text. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer /pdfviewer? vid=12&hid =107&sid=37ec71c9-e9a2-4d03-9186-42a41ab0d69d%40sessionmgr114>.

WEIDLICH, Patrícia et al (2008) - Association between periodontal diseases and systemic diseases. **Brazilian Oral Research** [em linha]. Vol.22, supl.1. (Aug.,2008) p. 32-43. ISSN 1806-8324. Acedido em 15/07/2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-832420080005000006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-832420080005000006&lng=en&nrm=iso)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2003) - Adherence to long-term therapies: evidence for action. **Noncommunicable Diseases and Mental Health Adherence to long-term therapies project**. [em linha]. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. ISBN 92 4 154599 2. World Health Organization. 2003. Acedido em: 1/9/2012. Disponível em: [http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_introduction.pdf](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_introduction.pdf)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2005) - **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Acedido em 1/5/2010. Disponível em: [http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento_ativo.pdf)

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Oral health in ageing societies: integration of oral health and general health**. Geneva: WHO. Acedido em 1/5/2010. ISBN 92 4 159455 X. [http://www.who.int/oral\\_health/events/Ageing\\_societies/en/index.html](http://www.who.int/oral_health/events/Ageing_societies/en/index.html)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2011) - **Noncommunicable Diseases Country Profiles**. Geneve: WHO. ISBN 978 92 4 150228 3. Acedido em: 1/5/2010. Disponível em: [http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_profiles2011/en/index.html](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_profiles2011/en/index.html)

## **APÊNDICES E ANEXOS**